

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау  
**МЕНЕДЖЕРІ**  
**МЕНЕДЖЕР**  
здравоохранения Республики Казахстан



**Журналдың аты:**

Қазақстан Республикасының  
Денсаулық сақтау менеджері

**Бас редактор:**

У.И. Ахметов

**Редакциялық кеңес:**

Э.А. Байжүнісов, Қ.Қ. Ермекбаев, М.Е. Шоранов,  
Қ.А. Ерғалиев, Н.М. Исатаева, Г.М. Алпысбекова,  
А.А. Ақанов, С.А. Егеубаева, В.З. Кучеренко, Л. Ковач

**Редакциялық коллегия:**

А.Ж. Әзербайбаева, А.Д. Ахимова, В.В. Койков,  
О.Б. Сакенов, А.Б. Цепке

**Редакцияның хатшысы:**

Ж.Н. Оспанова

**Техникалық редакторлар:**

Л.Ж. Рахимова, А.Е. Тапенова, А.В. Беликова,  
Л.Р. Фазлыева, А.М. Салыкова

**Меншік иесі:**

Денсаулық сақтауды дамыту Республикалық орталығы.  
Журнал Қазақстан Республикасының байланыс және  
аппарат министрлігінде тіркелген. Есепке алу туралы  
куәлігі №12044-Ж 12.10.2011 жылы берілді

**Жазылу индексі:**

74608

**Мерзімділігі:**

жарты жылда 2 рет

**Таралымы:**

500 дана

**Құрылтайшылары:**

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау  
министрлігі, Денсаулық сақтау дамыту  
Республикалық орталығы

**Редакцияның мекен-жайы:**

Астана қ., Иманов к-сі, 13, 619 кеңсе  
e-mail: imzrk@bk.ru

**Баспахана мекен-жайы:**

«PolyNovus» ЖШС  
Занды мекен-жайы: Алматы қ.  
Шағабутдинова көшесі 52/60, 12-пәтер  
тел.: 8 701 720 61 92

Жарияланатын мәліметтердегі  
аппараттардың нақтылығы, авторлардың  
жауапкершілігінде.

**Наименование журнала:**

Менеджер здравоохранения  
Республики Казахстан

**Главный редактор:**

Ахметов В.И.

**Редакционный совет:**

Байжунусов Э.А., Ермекбаев К.А., Шоранов М.Е.,  
Ерғалиев К.А., Исатаева Н.М., Алпысбекова Г.М.,  
Ақанов А.А., Егеубаева С.А., Кучеренко В.З., Ковач Л.

**Редакционная коллегия:**

Азербайбаева А.Ж., Ахимова А.Д., Койков В.В.,  
Сакенов О.Б., Цепке А.Б.

**Секретарь редакции:**

Оспанова Ж.Н.

**Технические редакторы:**

Рахимова Л.Ж., Тапенова А.Е., Беликова А.В.,  
Фазлыева Л.Р., Салыкова А.М.

**Собственник:**

Республиканский центр развития здравоохранения.  
Журнал зарегистрирован в Министерстве связи и  
информации Республики Казахстан. Свидетельство  
о постановке на учет от 12.10.2011 года №12044-Ж

**Подписной индекс:**

74608

**Периодичность:**

2 раза в полугодие

**Тираж:**

500 экземпляров

**Учредители:**

Министерство здравоохранения Республики  
Казахстан, Республиканский центр развития  
здравоохранения

**Адрес редакции:**

г. Астана, ул. Иманова, 13, офис 619  
e-mail: imzrk@bk.ru

**Адрес типографии:**

ТОО «PolyNovus»  
Юридический адрес: г. Алматы,  
ул. Шағабутдинова, 52/60, кв.12  
тел.: 8 701 720 61 92

Ответственность за достоверность информации,  
публикуемой в журнале,  
несут авторы.

# МАЗМҰНЫ/СОДЕРЖАНИЕ

## ЖЕКЕ ТҰЛҒА/ЛИЧНОСТЬ

### Кожанова А. Б.

Директор департамента маркетинга и связей с общественностью  
АО НК «Астана ЭКСПО-2017», вице-президент клуба профессиональных  
PR-специалистов в Казахстане, член МСИМ Королевского института  
маркетинга в Великобритании.....8  
*«Астана ЭКСПО-2017» ҰК АҚ Маркетинг және жұртышылықпен байланыс  
департаментінің директоры, Қазақстандағы кәсіби PR мамандары  
клубының вице-президенті, Ұлыбританиядағы Королевалық маркетинг  
институтының МСИМ мүшесі*

### Жантурганов М. А.

Главный врач ГКП на ПХВ «Городская больница №2» г. Астаны.....10  
*Астана қаласының «№2 қалалық аурухана» ШЖҚ МҚК Бас дәрігері*

### Китаппаева Г. С.

Главный врач КГП на ПХВ «Риддерская городская больница»  
Управление здравоохранения Восточно-Казахстанской области.....14  
*Шығыс-Қазақстан облысының денсаулық сақтау басқармасы  
«Риддер қалалық ауруханасы» ШЖҚ ҚМК Бас дәрігері*

### Сакенова К. С.

Главный врач КГП на ПХВ «Поликлиника №2» г. Экибастуза  
Управление здравоохранения Павлодарской области.....15  
*Павлодар облысының денсаулық сақтау басқармасы  
Екібастұз қаласы «№2 емханасы» ШЖҚ ҚМК Бас дәрігері*

### Самбаев Е. А.

Заведующий организационно-методическим отделом  
ФАО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф»  
«Актюбинская железнодорожная больница» г. Актюбе .....17  
*«Ақтөбе темір жол ауруханасы» - «Апаттар медицинасының темір жолы госпиталі»  
АҚФ Ұйымдастыру-әдістеме бөлімінің меңгерушісі*

### Шатковская О. В.

Заместитель главного врача по организационно-методической работе  
ГКП на ПХВ «Алматинский онкологический центр» г. Алматы.....18  
*Алматы қ. «Алматы онкология орталығы» ШЖҚ МҚК Бас дәрігерінің  
ұйымдастыру-әдістеме жұмыстары жөніндегі орынбасары*

### Дарменкулов Н. К.

Менеджер ГКП на ПХВ «Жамбылский областной  
офтальмологический центр»  
Управления здравоохранения акимата Жамбылской области.....19  
*Жамбыл облысы әкімдігінің денсаулық сақтау басқармасының  
«Жамбыл облыстық офтальмологиялық орталығы» ШЖҚ МҚК менеджері*

**Калибеков А. Т.**

Главный врач ГКП на ПХВ «Областная детская многопрофильная больница» г. Уральск.....21  
*Орал қаласының «Облыстық көп бейінді балалар ауруханасы» ШЖҚ МҚК, Бас дәрігері*

## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘЛІМЕТІН БАСҚАРУ/ УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Ящук И. В.**

Анализ демографических показателей по Городскому центру ПМСП за 2008-2013 годы.....22  
*И. В. Ящук, 2008-2013 жылдар үшін Қалалық МСАК орталығы бойынша демографиялық көрсеткіштердің талдауы*

**Каптагаев М. Е., Дьяченко Н. А.**

Роль центра детской неотложной медицинской помощи в улучшении охраны здоровья детей города Алматы.....26  
*М. Е. Каптагаев, Н. А. Дьяченко. Алматы қаласы бала тұрғындарының денсаулығын жақсартудағы шаруашылық жүргізу құқығындағы «Балалар шұғыл медициналық жәрдем орталығының» алатын орны*

**Калиева М. А., Абдрахманова А. О., Сарсенова Р. Т., Турумбетова Т. Б., Ким М. Е., Байгожина З. А.**

Анализ результатов пилотного проекта по совершенствованию штатных нормативов станций скорой медицинской помощи.....31  
*М. А. Калиева, А. О. Абдрахманова, Р. Т. Сарсенова, Т. Б. Турумбетова, М. Е. Ким, З. А. Байгожина. Жедел медициналық көмек станциясының штаттық нормативтерін жетілдіру бойынша пилоттық жобаның нәтижесін қорытындылау*

## ҚЫЗМЕТТЕРДІ БАСҚАРУ/УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ

**Макеева Ф. У., Раймқұлова Г. У., Ахимова А. Д., Койбагарова М. М., Ибраева М. Г.**

Система обеспечения качества и безопасности лекарственных средств в Республике Казахстан.....35  
*Ф. У. Макеев, Г. У. Раймқұлова, А. Д. Ахимова, М. М. Койбагарова, М. Г. Ибраева*  
*Қазақстан Республикасындағы дәрілік заттардың сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету жүйесі*

**Рустемова З. К.**

Роль медицинской сестры в выхаживании маловесных новорожденных детей на практике ГКП на ПХВ «Центр детской неотложной медицинской помощи».....40  
*З. К. Рустемова. Алматы қаласы Денсаулық сақтау басқармасының шаруашылық жүргізу құқығындағы «Балалар шұғыл медициналық жәрдем орталығы» мемлекеттік коммуналды кәсіпорнының Алматы қаласы бала тұрғындарының денсаулығын жақсартуда алатын орны*

**Рахимова Л. Ж., Есполова Г. Д.**

Проблемы доступности медицинской помощи за рубежом и в Казахстане.....43  
*Рақымова Л.Ж, Есполова Г.Д. Шетелдегі және Қазақстандағы медициналық көмектің қолжетімділік мәселесі*

## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЭКОНОМИКАСЫ ЖӘНЕ ҚАРАЖАТТЫ МЕНГЕРУ/ ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ

### Касымжанова Ж. К.

Единая национальная система здравоохранения, как возможность совершенствования отраслевого менеджмента и повышения престижа медицинской специальности в обществе.....49

*Ж. К. Қасымжанова. Денсаулық сақтау саласы менеджментін жетілдіру және қоғамдағы медициналық мамандықтың беделін арттыру мүмкіндігі ретіндегі Денсаулық сақтау саласының Бірыңғай Ұлттық жүйесі*

## МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ САПАСЫН БАҒАЛАУ/ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

### Аманов Г., Аяганова А.

Управление качеством на основе стандартов ISO 9001-2008.....53

*А. Аманов, А. Аяганова, ISO 9001-2008 стандарттарының негізінде сапаны басқару*

### Терекулова А. К., Рахимжанова А. Т., Каупбаева Б. Т., Жабықова С. К., Азанова Г. Ю.

Повышение качества медицинской помощи через внедрение стандартов аккредитации.....57

*А. К. Тереқұлова, А. Т. Рақымжанова, Б. Т. Қауіпбаева, С. К. Жабықова, Г. Ю. Азанова, Аккредиттеу стандарттарын енгізу арқылы медициналық көмектің сапасын арттыру*

### Сакенов О. Б., Темирбекова Г. С.

Международный опыт ГЧП в здравоохранении.....63

*О. Б. Сәкенов, Г. С. Темирбекова, Денсаулық сақтау саласындағы МЖӘ халықаралық тәжірибесі*

### Гуцкая Г. М., Гизатуллина А. М., Кулхан Т. Т.

Внедрение инновационных медицинских технологий – улучшение качества оказания медицинской помощи.....67

*Г.М. Гуцкая, А. М. Гизатуллина, Т. Т. Құлхан. Инновациялық медициналық технологияларды енгізу медициналық көмектің сапасын жақсартуға септігін тигізеді*

## СҰРАҚ ЖӘНЕ ЖАУАП/ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

### Иманова Ж. А., Битенова М. М.

К вопросу стандартизации педиатрической помощи детям от 0 до 5 лет в Республике Казахстан.....72

*Иманова Ж. А., Битенова М. М. Қазақстан Республикасында 0-ден 5 жасқа дейінгі балаларға педиатрлық көмекті стандарттау мәселесіне*

## ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ/МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

**Жолдасова А. М., Секенова Р. Қ.**

Международный и отечественный опыт в медико-социальной поддержке врачей системы.....74

*А. М. Жолдасова, м.ғ.к. Р. Қ. Секенова. Денсаулық сақтау жүйесінің дәрігерлерін медициналық-әлеуметтік қолдаудағы халықаралық және отандық тәжірибе*

Абстракты докладчиков ежегодной международной конференции Европейской ассоциации менеджмента здравоохранения (ЕНМА) г. Бирменгем, Англия.....81

*Еуропалық денсаулық сақтау менеджменті қауымдастығының (ЕНМА) жылсайынғы халықаралық конференциясы баяндамашыларының абстарктілері Бирменгем қ., Англия*

## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ ИННОВАЦИЯЛАР/ИННОВАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Оспанов Б. Ж., Эпиктетов А. Г.**

Инновации на службе скорой помощи.....92

*Жедел медициналық жәрдем мекемесінде енгізілген инновация*

## ОҚИҒАЛАР/СОБЫТИЯ

В Казахстане определены имена «Лучшие пациенты» 2014 года.....94

*Қазақстанда 2014 жылдың «Үздік емделушілерінің» есімдері айқындалды*

Итоги республиканского конкурса «Лучший менеджер здравоохранения» 2014 года.....96

*2014 жылғы «Үздік денсаулық сақтау менеджері» конкурсының қорытындары*

IV международная конференция «Повышение потенциала системы здравоохранения в области менеджмента».....97

*IV халықаралық «Денсаулық сақтау саласында денсаулық сақтау жүйесінің әлеуетін артыру» конференциясы*



## Ахметов Валихан Исаевич

*Генеральный директор  
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан*

## УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

С 2011 года с момента внедрения Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) можно смело подводить итоги и провести анализ эффективности новых инструментов менеджмента отечественного здравоохранения.

ЕНСЗ является целенаправленным комплексом мероприятий, состоящим из большого количества инновационных технологий и новейших методик и подходов, реализация которых дает возможность улучшить качество и повысить доступность медицинских услуг, оптимизировать эффективность распределения финансовых потоков, понять множество сложных административно-управленческих решений, правильное применение которых предоставит основу для качественного роста медицины в Республике Казахстан.

Еще остается актуальным определенный ряд вопросов в рамках реализации ЕНСЗ: придание автономности государственным медицинским организациям, то есть децентрализация управления, путем перевода их на право хозяйственного ведения, в том числе, с наблюдательным советом, возможность приватизации и передачи в доверительное управление государственных медицинских организаций, повышение уровня знаний и практических навыков в области менеджмента руководителей разных звеньев, введение бизнес-планирования в медицинских организациях, полноценное внедрение

дифференцированной оплаты труда в стационарах, улучшение контроля качества и объема оказываемой медицинской помощи.

В 2014 году основными приоритетами развития здравоохранения являются: внедрение принципов ЕНСЗ в амбулаторно-поликлиническую деятельность, проведение работы по переходу на комплексное подушевое финансирование организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, обеспечение страхования профессиональной ответственности медицинских работников и продолжение реализации мер по снижению материнской и младенческой смертности.

Для эффективного внедрения принципов ЕНСЗ и формирования высокоэффективной, конкурентоспособной и современной системы здравоохранения необходим высокий уровень управленческой самостоятельности поставщиков медицинских услуг, необходимы менеджеры, являющиеся наиболее успешными действующими управленцами, имеющие уникальные компетенции в области менеджмента здравоохранения.

В 2014 году победителем ежегодного конкурса «Лучший менеджер здравоохранения» стал главный врач «Городской больницы №2» акимата города Астаны Жантурганов Максат Аскерович. В данном выпуске журнала Вы можете прочитать интервью с победителем конкурса.

Редакция нашего журнала уверена, что актуальные и современные материалы

по вопросам менеджмента здравоохранения, принесут максимум пользы в Вашей ежедневной практической деятельности.

В преддверии профессионального праздника поздравить Вас, дорогие коллеги, с Днем медицинского работника. Выразить слова благодар-

ности за высокий профессионализм и безграничное терпение, доброту и бескорыстное благородство, неисчерпаемое трудолюбие и бесконечное стремление к лучшему. И пусть наш совместный вклад в здравоохранение возвращает народу Казахстана самую большую ценность – здоровье!

*С уважением, Главный редактор*

## ЖЕКЕ ТҰЛҒА/ЛИЧНОСТЬ



## Кожакова Асель Булатовна

*Директор департамента маркетинга и связей с общественностью АО НК «Астана ЭКСПО-2017», вице-президент клуба профессиональных PR-специалистов в Казахстане, член МСІМ Королевского института маркетинга в Великобритании.*

**Асель, как Вы относитесь к преобразованиям в нашей отрасли? Как человек со стороны, какие позитивные и негативные моменты современных преобразований в здравоохранении можете отметить?**

Основное изменение, которое коснулось всего населения, это, по моему мнению, внедрение Единой Национальной системы здравоохранения. Тот факт, что теперь пациент может свободно выбрать как врача, так и медицинское учреждение, повлечет за собой много положительного для развития отрасли. Во-первых, повысится конкурентная среда медицинских учреждений. В следствие этого, улучшится сервис. Кроме этого, единая база данных о больницах и наличии койко-мест при срочной госпитализации тоже зачастую необходима. Наконец, пациент может выслушать и сравнить мнение нескольких врачей.

Реформу считаю позитивной с точки зрения стратегического развития здравоохранения в стране. Добавлю также, что такое развитие здравоохранения является мировой практикой.

Безусловно, любое изменение и нововведение требует достаточно кропотливой разъяснительной работы населению. Не скажу, что это негативный момент, но отмечу, что над этим надо работать. Зачастую любые

реформы спускаются в качестве директивы и негативно воспринимаются обществом.

**Как Вы считаете, в чем основная проблема общения со СМИ у большинства Казахстанских руководителей?**

Думаю, что основная проблема общения со СМИ – это отсутствие этого общения. И недооценка силы слова. Могу выделить только пару-тройку узнаваемых персоналий в медицине Казахстана, да и тех с западным образованием и философией.

Закрытость предполагает непрозрачность. Открытость вызывает доверие. Медицина является очень актуальной отраслью для всех граждан, поэтому максимальная доступность критична.

Вследствие закрытости медицинских учреждений и отсутствия информации, СМИ делают свои выводы, зачастую неправильные. Или проводят свои журналистские расследования.

В связи с чем, несутся большие репутационные риски, что для медицинских организаций крайне опасно. Роль СМИ нельзя недооценивать, тем более в эпоху интернета и социальных сетей, когда любая информация распространяется за минуты. А негативная еще быстрее.

**Как Вы думаете насколько актуально привлечение пиар менеджеров в медицин-**



### ские организации?

Исходя из вышесказанного, считаю, что привлечение PR-специалиста в медицинские организации не только актуально, но и критично. При этом стоит отметить, что работа пиар службы заключается не только в выстраивании взаимоотношений со средствами массовой информации. Это достаточно большой спектр работы, который включает, но не ограничивается следующими моментами:

- изучение общественного мнения;
- создание благоприятного образа компании

и воздействие на целевые группы;

- защита продуктов и услуг в кризисных ситуациях;
- разъяснение политики и деятельность данной организации.

### Что бы Вы посоветовали государственным программам развития здравоохранения?

Сложно сказать, что посоветовать. Наверное, как можно качественнее и прозрачнее доводить информацию до населения при помощи разных и современных каналов коммуникации. Быть доступнее и оперативнее.



## Жантурганов Максат Аскерович

*Главный врач ГКП на ПХВ «Городская больница №2» г. Астаны. Врач высшей квалификационной категории, ведущий специалист Республики Казахстан в области кардиохирургии и кардиореанимации. Опыт работы в здравоохранении 20 лет, из них на должности менеджера среднего звена 4 года, зарубежные стажировки по государственной программе «Болашақ» 2 года, стипендиат «DAAD» Немецкой службы академических обменов и «Европейского общества кардио-торакальных хирургов». В апреле 2011 года назначен на должность главного врача ГКП на ПХВ «Городская больница №2» акимата города Астана, где и работает по настоящее время. Награжден нагрудным знаком «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздігі». Победитель конкурса в номинации «Лучший менеджер здравоохранения» 2014 года.*

Глава государства Назарбаев Н.А. в Послании «Новый Казахстан в новом мире» отметил, что неотъемлемой частью государственной политики в развитии страны в целом является улучшение качества медицинских услуг, создание современной и эффективной отрасли здравоохранения. С этой целью, по поручению Президента Правительством Республики Казахстан в 2010 году была утверждена Государственная программа развития здравоохранения республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, в которой были определены приоритетные стратегические направления.

Совершенствование управления качеством медицинских услуг имеет важное место в стратегическом развитии здравоохранения Казахстана в целом. Высокий уровень управленческой самостоятельности поставщиков медицинской помощи определяет современную, конкурентоспособную и высокоэффективную систему здравоохранения. Это диктуется тем фактом, что в секторе здравоохранения основные оперативные решения разного вида (управленческие, организационные, клинические и т.д.) принимаются на уровне субъекта здравоохранения (поставщика медицинских услуг) в зависимости от множества сопутствующих факторов.

В последние годы Министерство здравоохранения Республики Казахстан проводит ряд реформ, связанных с развитием менеджмента в здравоохранении. В настоящее время для успешной и эффективной реализации задач системы здравоохранения необходимо создание специально подготов-

ленного к управлению состава менеджеров, являющихся наиболее успешными действующими управленцами, имеющими исключительные компетенции в сфере менеджмента здравоохранения.

Республиканский центр развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан уже несколько лет в преддверии профессионального праздника медицинских работников проводит конкурс «Лучший менеджер здравоохранения». В текущем году Комиссии при Управлениях здравоохранений выбрали 11 кандидатов для участия в конкурсе, среди которых был определен победитель. Официальная церемония вручения премии прошла в канун дня медицинского работника во Дворце Мира и Согласия. По результатам конкурса 2014 года победителем признан главный врач «Городской больницы №2» акимата города Астаны Жантурганов Максат Аскерович.

Благодаря богатому опыту работы М. Жантурганова в зарубежных клиниках, наличию теоретических, практических навыков и организаторским способностям на базе «Городской больницы №2» реализована программа Управления Здравоохранения г. Астана по борьбе с острым коронарным синдромом. Налажена методика управления процессом диагностики, лечения и реабилитации пациентов с острым коронарным синдромом (далее – ОКС). За период работы Максата Аскеровича в должности главного врача «Городской больницы №2», то есть с апреля 2011 года, около 5833 пациентам с ОКС проводились интервенционные вмеша-

тельства на сердце, из их числа около 1680 пациентов прооперированы на открытом сердце самим М. Жантургановым.

В настоящий момент «Городская больница №2» г. Астаны проводит до 1500 процедур ангиопластики и стентирования коронарных и магистральных артерий и около 400 операций на открытом сердце в год, с госпитальной летальностью сравнимой с европейскими клиниками.

Налажено тесное сотрудничество с ведущими иностранными клиниками по различным специальностям и внедрено множество инновационных технологий в практику столичного здравоохранения, благодаря которым «Городская больница №2» выходит на уровень республиканского значения.

Внедряются минимально инвазивные рентгенхирургические, эндоваскулярные и эндоскопические технологии. Так, рутинно, проводятся такие операции, как лапароскопическая фистулопластика пузырно-влагалищного свища, лапароскопическая нефрэктомия, полная артериальная реваскуляризация миокарда на работающем сердце, эмболизация маточных артерий при лечении миомы матки, эмболизация артерий предстательной железы при аденоме простаты, ангиопластика и стентирование атеросклеротических поражений периферических артерий и многие другие эндоваскулярные операции.

Кроме того, проведен комплекс организационно-экономических мероприятий, направленный на улучшение финансового положения, качества управления запасами и ресурсами, организации оказания медицинских услуг в разрезе востребованных профилей столицы и республики в целом. В результате проведенных работ «Городская больница №2» в настоящий момент является динамически развивающейся, конкурентоспособной организацией, имеющей стабильное финансовое положение на рынке оказания медицинских услуг.

О том, какие основные задачи стоят перед управленцами системы здравоохранения на сегодняшний день, рассказал сам победитель конкурса «Лучший менеджер здравоохранения» Максат Жантурганов.

**Максат Аскерович, поздравляем Вас с получением престижной награды!**

Спасибо, такая награда – большая честь для меня и медицинской организации.

**Чем отличается Ваша медицинская организация от других? По каким критериям была выделена именно Ваша медицинская организация и Вы – как лучший менеджер?**

В последние годы МЗ РК проводит ряд реформ, как в стационарной службе, так и в секторе ПМСП. Стимулируется новая система менеджмента. Как мы знаем, искусство менеджмента – это достижение высоких результатов при минимальных ресурсах. На данном этапе основными приоритетами в сфере здравоохранения является улучшение качества и доступности медицинских услуг, достижение высокоэффективного и успешного менеджмента в здравоохранении. В целях реализации государственной политики в нашей медицинской организации проводится оптимальная перепрофилизация коечного фонда, пересмотрен перечень пациентов, госпитализируемых на дорогостоящее лечение, внедряются высокотехнологичные медицинские услуги, беспрестанно осуществляется повышение квалификации персонала, активно развивается служба дневного стационара.

Проводится оптимальная сортировка пациентов в приемном покое, отмечается большой процент больных с высокими весовыми коэффициентами, нет простоя коек, как в 2013 году, так и за 1 квартал 2014 года, в динамике снижается количество необоснованных госпитализаций за счет случаев, подлежащих лечению на дневном и амбулаторном уровнях, снижается средняя длительность пребывания больного в стационаре, отмечается резкое увеличение услуг ВСМП (в 1 квартале 2014 года выше, чем за весь 2013 год), постепенно происходит повышение заработной платы труда сотрудников на 30% за счет внедрения дифференцированной оплаты труда.

Все вышеуказанное как раз и является тем критерием, по которому именно нашу организацию отметили на конкурсе.

**Как Вы думаете, что помогло Вам в Вашей работе как менеджера, управленца?**

Возможно, это какие-то Ваши личные качества или, может быть, Вы проходили какие-то обучения, которые помогли Вам реализовать Ваши планы?

Безусловно, опыт работы в зарубежных клиниках, совмещение теоретических знаний и реализация организаторских способностей в качестве менеджера среднего и высшего звена позволили мне вывести клинику на республиканский уровень и стать победителем в конкурсе «Лучший менеджер здравоохранения». В целях внедрения высокоэффективного менеджмента в клинике проведены некоторые мероприятия. Например, при госпитализации пациента на лечение мы стараемся снизить себестоимость его пребывания в стационаре за счет снижения побочных расходов. Некоторые службы, такие как кухня, переданы на аутсорсинг, что позволяет нам оптимизировать расходы. И в итоге, полученная нами экономия оптимально распределяется на закупку лекарственных средств и медицинского оборудования, которое, к сожалению, всегда было дорогостоящим, и, конечно же, стараемся внедрять современные методы мотивации персонала. К примеру, если хирург внедряет инновационные технологии в своей повседневной работе, то дополнительно к зарплате получает мотивационные выплаты. Так же и анестезиолог, если при наркозе присутствуют усложняющие элементы, то он также получает доплату к основному заработку. То есть, объем и качество выполняемой работы отражается на материальном обеспечении сотрудника. Больница рассчитана на 360 коек, в структуре имеется около 15 отделений, из общего количества оперативных вмешательств основной процент приходится на лапароскопические операции. Большинство пациентов с острым коронарным синдромом госпитализируются в нашу клинику. Доктора кардиохирургического отделения выполняют все виды операций, за исключением оперативных вмешательств детям и трансплантации. Кроме кардиологического профиля в клинике на высоком уровне и дальше совершенствуется урологическая помощь, которая, также соответствует республиканскому уровню.

Насколько Вы будете искусны как врач, дипломатичны как дипломат, настолько и пациенты будут стремиться получить именно Вашу консультацию и внимание. От того, какой Вы управленец и как Вы участвуете в жизни порученной Вам организации, зависит не только Ваш авторитет, но и конечный результат деятельности всего медицинского учреждения, а также материальные блага вверенного Вам медицинского персонала.

В последнее время часто слышится в средствах массовой информации слово – «пациентоориентированность». Что, по Вашему мнению, оно обозначает? Каким образом пациентоориентированность проявляется в работе Вашей медицинской организации?

На мой взгляд, пациентоориентированность – это когда вся деятельность медицинской организации направлена на удовлетворение нужд пациента. Все мы понимаем, что наша работа должна быть нацелена на предоставление пациенту высокоспециализированного уровня клинично-диагностических услуг, а также на создание оптимальных условий пребывания в стационаре с дополнительными удобствами (одноместная комфортабельная палата с кабельным телевидением, возможностями беспроводного интернета, телефоном, кондиционером, индивидуальной кухней). То есть, во главу угла ставится человек, у которого проблема со здоровьем.

Максат Аскерович, помимо отличного менеджера, Вы также являетесь замечательным кардиохирургом. В кардиохирургическом отделении Вашей больницы проводятся очень сложные высокоспециализированные операции на сердце. Как можно попасть к Вам на прием?

Я провожу консультации всем желающим и нуждающимся в моей услуге, конечно, с предварительной записью. Для этого нужно набрать номер моей приемной и договориться о встрече.

Как Вы относитесь к понятию – солидарная ответственность. Что, по Вашему мнению, включает в себя это понятие?

Я постараюсь раскрыть это понятие на примере своей специальности. Кардиохи-

рургия, очень обширная область. Около 70% госпитализируемым пациентам проводится аортокоронарное шунтирование. Такое оперативное вмешательство является операцией выбора, когда коронарные сосуды повреждаются атеросклерозом. Атеросклероз относится к тем заболеваниям, развитие которых напрямую зависит от образа жизни и жизненных принципов пациента, то есть от самого человека. К атеросклерозу приводят: неправильное питание, и как следствие, повышенный уровень холестерина в крови, малоподвижный образ жизни, курение, повышенное артериальное давление. Солидарная ответственность у таких людей означает то, что пациент должен следить за своим питанием, вести активный образ жизни, регулярно посещать участкового врача в поликлинике, постоянно следить за своим весом, контролировать свое артериальное давление.

После проведения оперативного вмешательства и выписки из нашего стационара, я рекомендую пациентам обратить внимание на свое здоровье, так как медицинскую помощь мы оказали, и теперь они предоставлены сами себе. И проведенное аортокоронарное шунтирование не полностью излечивает, а только снижает вероятность повторного инфаркта миокарда, риск внезапной сердечной смерти. За все остальное ответственность лежит на пациенте: регулярность приема лекарственных препаратов, образ жизни, физическая культура, своевременное обследование, диета. Соблюдение диеты особенно важно для нашего региона, кухня которого насыщена углеводами и жирными блюдами.

Если пациент хочет быть здоровым, долго и качественно жить, работать, т.е. полноценно жить, то он должен выполнять эти рекомендации.

**Сейчас очень популярно получение сертификата соответствия международным стандартам аккредитации медицинскими организациями. Как Вы относитесь к международным стандартам аккредитации? Готовы ли наши медицинские организации соответствовать этим стандартам? Применяются ли международные стандарты аккредитации в Вашей медицинской организации?**

Аккредитация медицинским организациям, безусловно, нужна. Это – определенный уровень стандарта. По мнению Министерства здравоохранения РК, для медицинской организации аккредитация – это официальное признание того, что учреждение имеет все условия для приема и лечения пациентов. Она дает возможность снизить риск ошибок и риск возникновения возможных осложнений, как со стороны врачей, так и со стороны среднего и младшего персонала. Аккредитация проводится для того, чтобы улучшить систему здравоохранения, чтобы пациент при этом получал максимально возможную медицинскую помощь, а врач получал удовлетворение от выполненной работы. Успешное прохождение аккредитации также является одним из критериев возможности получения государственного заказа медицинским учреждением на оказание медицинских услуг. Что касается международной аккредитации, то это стоит определенных денежных вложений. В частности, клиники Национального медицинского холдинга г. Астаны получили международное признание – аккредитацию по стандартам JCI. Это замечательно, но наши национальные стандарты более адаптированы к современному ресурсному обеспечению медицинских организаций Республики.

**Максат Аскерович, каковы Ваши планы на ближайшее будущее?**

Философия медицины на современном этапе диктует минимизировать агрессию и повреждение здоровых тканей, возможность этого подхода дают инновационные технологии при наличии соответствующих знаний, умений и навыков. Мы планируем и в дальнейшем применять малоинвазивные методы диагностики и лечения по всем профилям оказываемых медицинских услуг.

И в заключении хотелось бы сказать, что участие и победа в конкурсе «Лучший менеджер здравоохранения» стала венцом продуктивной совместной деятельности всей вверенной мне медицинской организации. И мы постараемся предпринять все усилия, чтобы сохранить такие высокие позиции в области менеджмента и в дальнейшем.



## Китапбаева Гульнар Социаловна

Главный врач КГП на ПХВ «Риддерская городская больница»  
Управление здравоохранения Восточно-Казахстанской области

Прошел конкурс, Вас выбрали лучшим менеджером 2014 года в Вашей области. Насколько трудно было получить это звание? Какие чувства испытываете?

Участие в любом конкурсе – это и ответственно и почетно. Пройдя региональный конкурс, я поняла, какая ноша легла на мои плечи: представлять область на республиканском уровне. Я испытала и гордость и благодарность.

Каковы, по Вашему мнению, основные трудности и проблемы в работе руководителя организации здравоохранения в настоящее время?

Возглавив больницу в январе 2013 года, где была кредиторская задолженность, недооснащение медицинским оборудованием, некоторое недовольство среди сотрудников прежними руководителями, я понимала всю ответственность, которую на меня возложило Управление Здравоохранения, коллеги. И засучив рукава, начала работать. И, безусловно, в моей победе есть заслуга все-

го коллектива, УЗ ВКО, территориального департамента комитета оплаты медицинских услуг ВКО. Без их поддержки, понимания у меня просто ничего не получилось бы. Вместе мы смогли погасить кредиторскую задолженность, своевременно выплачивать заработную плату, внедрить дифференцированную оплату, при поддержке спонсоров приобрели автотранспорт, оборудование.

Как Вы считаете, какие основные ценности такого рода конкурсов? Что полезного они дают участникам, зрителям и в целом всей системе здравоохранения?

Проведение таких конкурсов позволяет перенять опыт работы руководителей других областей, обменяться мнениями, узнать друг о друге, мотивирует других руководителей к участию в таких мероприятиях.

Несколько слов ко дню медицинского работника Вашим коллегам?

Коллегам, ветеранам здравоохранения желаю крепкого здоровья, профессионального роста, благополучия и счастья!



## Сакенова Кулянда Сагынтаевна

Главный врач КГП на ПХВ «Поликлиника №2» г. Экибастуза,  
Управление здравоохранения Павлодарской области

Прошел конкурс, Вас выбрали лучшим менеджером 2014 года в Вашей области. Насколько трудно было получить это звание? Какие чувства испытываете?

Участвовать в конкурсе всегда сложно, тем более в такой категории как менеджер здравоохранения. Конкурс проводился в два тура: в 1-ом туре участники отбирались на уровне области, во 2-ом – ими были представлены отчеты о проделанной работе с демонстрацией видеоролика и выполнением домашнего задания. Участники должны были добиться снижения смертности в своем медицинском учреждении, уменьшения уровня госпитализации, внедрения современных технологий и т.д.

Получить такое звание, конечно трудно и неожиданно, сначала волнение, переживания. А потом огромная радость за признание не только меня как руководителя, а всего коллектива. Гордость и благодарность за всех, кто рядом со мной.

Какой, на Ваш взгляд, должна быть идеальная система управления для Вашей организации? Какую модель можно назвать идеальной системой управления медицинской организацией?

Для нашей организации – это внедрение новой модели финансирования здравоохранения, планирование и бюджетирование поликлиники, ресурсосбережение, стратегия автономии поставщиков, расширение государственно-частного партнерства, социально-ориентированная модель ПМСП, страхование профессиональной ответственности медицинских работников, внедрение

международных стандартов менеджмента в организации здравоохранения для обеспечения безопасности и качества медицинских услуг, роль стандартизации, аккредитации в повышении эффективности работы медицинской организации, дифференцированная оплата труда, развитие электронного здравоохранения.

Идеальная система управления организацией это, чтобы все протекающие в ней процессы осуществлялись своевременно и качественно. Отсюда и внимание, которое уделяет руководитель организации, с целью непрерывного совершенствования, развития как системы в целом, так и её отдельных составляющих. Рыночные отношения в здравоохранении откроют перспективы для развития конкурентоспособных медицинских организаций. Но, одновременно, неконкурентные организации будут реорганизованы, преобразованы и т.д.

Каковы, по Вашему мнению, основные трудности проблемы в работе руководителя организации здравоохранения в настоящее время?

Преувеличенные ожидания влияния системы здравоохранения на увеличение продолжительности жизни населения и неэффективное межсекторальное и межведомственное партнерство в вопросах охраны общественного здравоохранения отражаются на низком уровне здоровья населения.

Анализ причин младенческой смертности указывает на наличие места организационно-тактических ошибок, приводящих к возникновению акушерских

кровотечений и тяжелых гестозов, некачественное наблюдение за беременными на амбулаторном уровне, низкое качество пренатальной диагностики врожденных пороков развития.

Также проблемным вопросом являются недостаточная информированность, грамотность и мотивация населения в вопросах ведения здорового образа жизни и профилактики болезней, сохранение неблагоприятных условий окружающей среды, водопотребления и питания, социально-экономическое неблагополучие социально уязвимых категорий населения. Кроме того, сохраняется слабая профилактическая активность, то есть ориентация на лечение болезней, а не на их предупреждение.

Ухудшение экологической обстановки обуславливает увеличение уровня показателей заболеваемости, связанных с воздействием вредных факторов окружающей среды (болезни органов дыхания, онкологические заболевания, аллергические болезни и пр.).

Таким образом, вопросы улучшения здоровья населения требуют не только совершенствования системы оказания медицинской помощи, но и повышения эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия в данных вопросах.

Сохраняется риск осложнения эпидемиологической ситуации, связанной с угрозой завоза особо опасных и других инфекционных заболеваний, вспышки которых регистрируются в приграничных странах и государствах, имеющих прямое транспортное сообщение с Казахстаном (атипичная пневмония, птичий грипп, энтеровирусная инфекция 71 типа и др.).

**Какие задачи в области совершен-**

**ствования управления Вашей организацией Вы ставите перед собой в перспективе?**

Сегодня перед руководителями организаций здравоохранения стоят серьезные вызовы, связанные с изменениями в окружающей среде, образе жизни человека, с демографическими (снижение рождаемости, старение населения, депопуляция, урбанизация), социально-экономическими факторами, появлением новых заболеваний. Необходимы активные совместные усилия государства и общества, по сохранению, восстановлению и укреплению здоровья населения, которые должны стать основой для накопления человеческого капитала и устойчивого экономического роста нашей Республики.

**Как Вы считаете, какие основные ценности такого рода конкурсов? Что полезного они дают участникам, зрителям и в целом всей системе здравоохранения?**

Проведение такого конкурса дает нам возможность в целом показать работу своей организации в оказании качественной, эффективной и современной медицинской помощи населению. Развитие менеджмента в здравоохранении позволяет улучшить финансовое положение, качественное управление запасами и ресурсами в организации, возможность внедрения современных методов мотивации персонала. Менеджмент – это наука об управлении, целью которой является повышение эффективности производства и получение прибыли.

**Несколько слов ко дню медицинского работника Вашим коллегам?**

В день медицинского работника хочу пожелать всем коллегам здоровья, процветания, достичь каждому в своей отрасли высоких показателей и побед и мира над головой.





## Самбаев Ермак Аманбаевич

*Заведующий организационно-методическим отделом  
ФАО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф» -  
«Актюбинская железнодорожная больница» г. Актюбе*

Прошел конкурс, Вас выбрали лучшим менеджером 2014 года в Вашей области. Насколько трудно было получить это звание? Какие чувства испытываете?

Для получения звания представлен бизнес-план, некоторые трудности были при его начальном составлении в 2011 году, в настоящее время требуется анализ, корректировка и постоянная работа, чтобы быть среди лидеров в своей отрасли. Испытал радость, считаю это успехом нашего менеджмента.

Какой, на Ваш взгляд, должна быть идеальная система управления для Вашей организации? Какую модель можно назвать идеальной системой управления медицинской организацией?

Считаю, сложившуюся систему управления в нашей больнице оптимальной, решения руководителем принимаются с учетом мнений и предложений коллектива, проводятся необходимые экономические расчеты, прорабатываются возможные последствия.

Каковы, по Вашему мнению, основные трудности и проблемы в работе руководителя организации здра-

воохранения в настоящее время?

Основными проблемами в настоящее время считаю недостаток кадров, высокую загруженность медперсонала при работе с порталами.

Какие задачи в области совершенствования управления Вашей организацией Вы ставите перед собой в перспективе?

Активное участие всего коллектива в планировании, совершенствовании работы больницы, развитии инициативы.

Как Вы считаете, какие основные ценности такого рода конкурсов? Что полезного они дают участникам, зрителям и в целом всей системе здравоохранения?

Данный конкурс дал возможность посмотреть в каком направлении развивается менеджмент в лучших медицинских учреждениях Республики, поставить новые ориентиры в работе.

Несколько слов ко дню медицинского работника Вашим коллегам?

Хочу поздравить всех медицинских работников с профессиональным праздником, пожелать успехов в нелегком труде, здоровья и хорошего настроения.



## Шатковская Оксана Владимировна

*Заместитель главного врача по организационно-методической работе  
ГКП на ПХВ «Алматинский онкологический центр» г. Алматы*

Прошел конкурс, Вас выбрали лучшим менеджером 2014 года в Вашей области. Насколько трудно было получить это звание? Какие чувства испытываете?

Получить звание лучшего менеджера здравоохранения г. Алматы было достаточно сложно, конкурс проходил в 2 этапа: районный и городской уровень. Комиссии оценивали работы конкурсантов объективно и не предвзято. Оценивалась работа организации и личные качества. Всего в конкурсах участвовало 5 организаторов здравоохранения. Я испытываю чувство удовлетворения и стараюсь еще лучше выполнять свои функциональные обязанности.

Какой, на Ваш взгляд, должна быть идеальная система управления для Вашей организации? Какую модель можно назвать идеальной системой управления медицинской организацией?

Идеальная система управления – управление качеством медицинской помощи, комплексная многоаспектная система, включающая в себя укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, внедрение современных технологий, работу с медицинскими кадрами по обучению и повышению их квалификации и проведение комплексной информатизации медицинских учреждений, поскольку в основе любой системы управления лежат информационные системы и технологии. В Казахстане принята Программа развития онкологической помощи на 2012-2016 годы, в рамках которой предусмотрены механизмы реализации той системы управления, которая приведет к достижению всех целевых индикаторов онкологической службы в РК.

Каковы, по Вашему мнению, основные трудности проблемы в работе руководителя организации здравоохранения в настоящее время?

Трудности – это проблема дефицита подготовленных кадров, которая решается, не так быстро, как хотелось бы. Необходимо продолжить модернизацию всех медицинских учреждений, в том числе и онкологического профиля.

Какие задачи в области совершенствования управления Вашей организацией Вы ставите перед собой в перспективе?

Задачи: улучшение качества оказываемой помощи онкологическим пациентам г. Алматы, укрепление благосостояния Алматинского онкологического центра, путем внедрения современных технологий управления, развитие АО и переход на ГЧП.

Как Вы считаете, какие основные ценности такого рода конкурсов? Что полезного они дают участникам, зрителям и в целом всей системе здравоохранения?

Конкурсы позволяют провести более полную оценку работы, как менеджеров, так и организаций. Позволяют заявить о себе. Произвести обмен позитивного опыта с другими медицинскими учреждениями всех регионов РК. Данные мероприятия могут быть широко освещены в СМИ, что повысит престиж медицинского работника и укрепит положительный взгляд со стороны населения на состояние современной медицины в Казахстане.

Несколько слов ко дню медицинского работника Вашим коллегам?

Желаю успехов в их нелегком труде, добиться всех намеченных целей и самого главного: быть здоровым!



## Дарменкулов Нурлан Кабулович

Менеджер ГКП на ПХВ

«Жамбылский областной офтальмологический центр»

Управления здравоохранения акимата Жамбылской области

**Прошел конкурс, Вас выбрали лучшим менеджером 2014 года в Вашей области. Насколько трудно было получить это звание? Какие чувства испытываете?**

Нужно отметить тот факт, что победитель в этой номинации, в отличие от конкурса практикующих врачей, на 90% определяется на предварительной стадии по результатам деятельности медицинского учреждения, выполнению бизнес-плана за 2013 год. Можно сказать, что соревнование проходило в течение всего прошедшего года между коллективами медицинских предприятий области во главе с их менеджментом. А мне только и осталось на самом конкурсе подтвердить знания по теории менеджмента. Так что, трудно было в течение всего года на пути к поставленной цели и последовательно выполнять задачи, которые успешно решил коллектив нашего офтальмоцентра. И эта победа, безусловно, заслуга всех наших сотрудников, всех управленцев предприятия. У меня по этому поводу только одно чувство – чувство гордости за всех моих соратников, за наш офтальмоцентр.

**Какой, на Ваш взгляд, должна быть идеальная система управления для Вашей организации? Какую модель можно назвать идеальной системой управления медицинской организацией?**

Конечно же, идеальной системы управления в мире не существует. В каждой системе есть свои преимущества и недостатки. Я думаю, что на разных этапах развития и состояния предприятия необходимо применять соответствующие формы управле-

ния, в том числе и жесткие авторитарные. Но на сегодня нам всем необходимо переходить от административно-командной системы хозяйствования, с жесткой регламентацией воздействия на объект, на гибкий менеджмент с адаптивностью организации к постоянным изменениям внешней среды. Вместо концепций менеджмента, построенных по схеме управления «сверху-вниз», должна прийти концепция самоорганизации: предприятие должно само меняться, быстро реагируя на запросы рынка медицинских услуг и извлекая полезные знания из собственного опыта. Главным фактором развития предприятия должна стать не структура, а организационная культура и внедрение бизнес-систем. Не техника и экономика, а именно управление людьми является основным фактором, влияющим на повышение эффективности.

**Каковы, по Вашему мнению, основные трудности и проблемы в работе руководителя организации здравоохранения в настоящее время?**

Во все времена, как вчера, так и сегодня, самая большая проблема для руководителя – найти взаимопонимание со всеми своими сотрудниками. Сделать так, что бы твои цели, твои ценности и приоритеты стали понятны всему коллективу и были приняты для работы как свои собственные. В современных условиях кардинально меняется роль личности сотрудника, который из наемного работника, простого исполнителя в большей степени должен становиться партнером, заинтересованным в достижении стратегических целей предприятия, имеющий возмож-

ность полностью раскрыть свой потенциал, проявить свои способности к быстрым изменениям, обучению и модернизации.

**Какие задачи в области совершенствования управления Вашей организацией Вы ставите перед собой в перспективе?**

Мы ведь находимся в начале пути внедрения полноценного менеджмента в медицинских организациях и поэтому в перспективе у нас широкое поле деятельности в области совершенствования управления. Самой главной задачей я считаю развитие менеджмента на среднем уровне, подготовку полноценных линейных менеджеров (руководителей подразделений). Без их активной работы именно в качестве менеджеров, организаторов здравоохранения, будет крайне сложно осуществлять управление как процессом повышения качества медицинских услуг, так и ростом самого предприятия. Именно они, по сути, являются главными проводниками всех ваших идей и планов.

**Как Вы считаете, какие основные ценности такого рода конкурсов? Что полезного они дают участникам, зрителям и в целом всей системе здравоохранения?**

В отличие от развитых западных го-

сударств в нашей стране крайне скудная информация о деятельности и достижениях медицинских организаций. Населению трудно судить о качестве медицинской помощи в разных больницах и поликлиниках. Такие конкурсы могли бы с одной стороны информировать зрителей о том, что не так все у нас плохо (как преподносят журналисты) и поднять статус и престиж медицинских работников. С другой стороны эти конкурсы дают большую пищу для осмысления и оценки своей профессиональной деятельности самим медицинским работникам. В этом ключе было бы хорошо организовать более тесное общение конкурсантов между собой.

**Несколько слов ко дню медицинского работника Вашим коллегам?**

Где бы я не работал, какую бы должность не занимал, я всегда остаюсь врачом, для которого самая ценная награда – благодарность пациента. Желаю всем моим коллегам крепкого здоровья и многочисленных слов благодарности не только от нашего населения, но самое главное – от коллег-врачей за прекрасную организацию их нелегкого, но благородного труда.



## Калибеков Арман Талгатович

Главный врач ГКП на ПХВ  
«Областная детская многопрофильная больница» г. Уральск

Прошел конкурс, Вас выбрали лучшим менеджером 2014 г. в Вашей области. Насколько трудно было получить это звание? Какие чувства испытываете?

Эмоции плещут через край. Я горжусь тем, что мои руководители признали меня лучшим менеджером здравоохранения ЗКО. А конкуренция среди руководителей, в нашей области, всегда была достаточно серьёзная. В 2012 году мы все прошли, на базе ВШОЗ, 10-ти месячный курс обучения по менеджменту в здравоохранении.

Какой, на Ваш взгляд, должна быть идеальная система управления для Вашей организации? Какую модель можно назвать идеальной системой управления медицинской организацией?

Считаю, что идеальной модели системы управления не существует. Зависит это от многих факторов. В первую очередь от коллектива. Если коллектив длительное время не обновляется, не пополняется молодыми кадрами, то он начинает потихонечку «тормозиться» в своём развитии. Если коллектив постоянно обновляется, то он так же не развивается. Если коллектив молодой, то в нем всё равно должны работать опытные специалисты, с определенным стажем работы. Наставничество – это одно из основных качеств хорошего, трудоспособного коллектива.

Залог успеха в работе – это работа в команде.

Каковы, по Вашему мнению, основные трудности и проблемы в работе руководителя организации здравоохранения в настоящее время?

В основном – это подготовка кадров. Не всегда обучающие организации успевают за реалиями времени.

Какие задачи в области совершенствования управления Вашей организацией Вы ставите перед собой в перспективе?

Большие задачи ставлю перед службой управления качеством медицинской помощи больницы. Оказание качественной медицинской помощи является основополагающим принципом нашей работы.

Как Вы считаете, какие основные ценности такого рода конкурсов? Что полезного они дают участникам, зрителям и в целом всей системе здравоохранения?

Руководитель – является «продуктом» своей организации. И если он побеждает в таком конкурсе, то его деятельность идет в правильном направлении.

Несколько слов ко дню медицинского работника Вашим коллегам?

Крепкого здоровья, семейного благополучия, неиссякаемой энергии и успехов в достижении намеченных целей! Пусть вас сопровождает мир, согласие и уверенность в завтрашнем дне!

## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘЛІМЕТІН БАСҚАРУ/ УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Ящук И. В.**

*Врач статистик высшей категории*

*ТОО «Городской центр первичной медико-санитарной помощи»*

### АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ГОРОДСКОМУ ЦЕНТРУ ПМСП ЗА 2008-2013 ГОДЫ

**Аталуы:** 2008-2013 жылдар үшін Қалалық МСАК орталығы бойынша демографиялық көрсеткіштердің талдауы

**Авторлары:** **И. В. Ящук**, жоғары санатты статистик дәрігер, «Қалалық медициналық санитариялық алғашқы көмек орталығы» ЖШС

**Түйіндеме:** Демографиялық көрсеткіштер халық денсаулығын бағалаудың маңызды критерийлері болып табылады. Туу көрсеткіші артты. Егде жастағы адамдардың үлес салмағының жоғарылығына қарамастан, өлім көрсеткіші төмендеген. Мұның бәрі табиғи өсімге оң әсер етті. Зерттелген жылдарда ана өлім-жітімі болған жоқ. Алайда, Қалалық орталықтың демографиялық көрсеткіштері жағдайы жеткілікті деңгейде жақсы болған кезінде, ересек тұрғындар арасындағы өлім-жітім 2012 жылмен салыстырғанда 2013 жылы 0,24%-ға көбейген.

**Title:** Analysis of demographic variables on urban centers for primary care, 2008-2013

**Authors:** **Yashuk I. V.**, Doctor of the highest category statistics, TOO «City center of primary health care»

**Abstract:** Demographic indicators are the most important criteria for evaluating the health of the population. Birth rate increased. Despite the high proportion of elderly people, the mortality rate was lower. All this had a positive impact on the natural growth. Maternal mortality in the studied years was not. However, the situation is quite good demographics City Center adult mortality in 2013 became more on 0,24 % compared with 2012

Объектом медицинской помощи является население страны, а целью работы всех медицинских учреждений всех медицинских работников – укрепление здоровья населения. Для успешного достижения этой цели необходимо изучить объект – знать численность населения, его состав, смертность, рождаемость, естественный прирост. Численность населения не является величиной постоянной, изменения обусловлены рождаемостью и смертностью (естественное движение населения). В статье будут проанализированы наиболее важные показатели, характеризующие демографические процессы за 2008-2013 годы (Таблица 1).

С 2008 по 2011 годы рождаемость по ГЦ оставалась стабильной (9,7-9,8 ‰). Однако в 2012 году произошел рост рождаемости на 0,3‰. В 2013 году рождаемость состави-

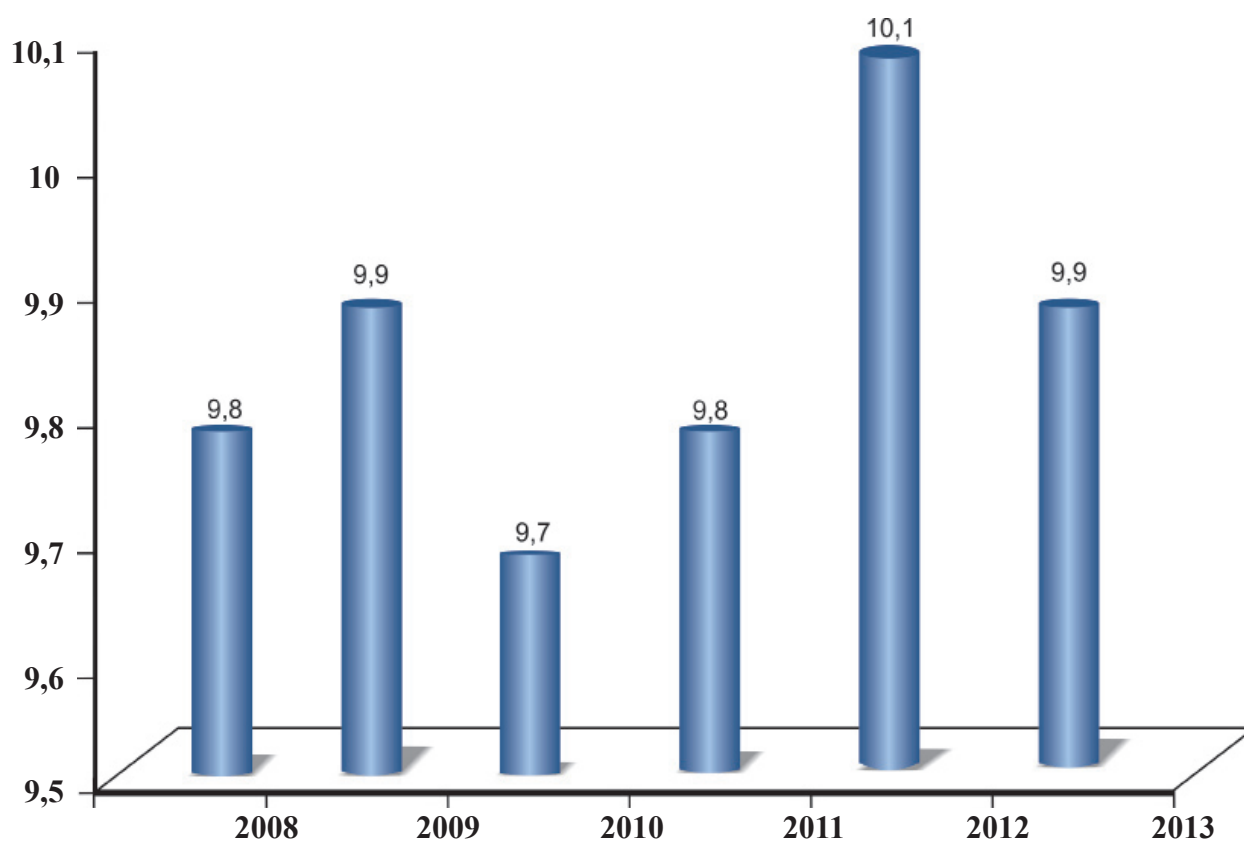
ла 9,9‰, что наглядно видно на диаграмме 1.

Показатель рождаемости в ‰ на 1000 живорожденных по ТОО «Городской центр ПМСП» за период 2008-2013 гг. Общая смертность, начиная с 2010 года, стабильно снижается с 8,8‰ в 2010 году до 8,5‰ в 2013 году. Показатель общей смертности в ‰ на 1000 населения по ТОО «Городской центр ПМСП» за период 2008-2013 гг. Естественный прирост по Городскому Центру имеет положительные значения и с 2010 года увеличивается. Это показатель зависит от рождаемости и смертности населения. С 2010 года отмечается стабильный рост рождаемости и снижение смертности, что и сказывается на положительных тенденциях. Материнской смертности за анализируемый период не было. Ниже на диаграмме приведе-

**Таблица 1**  
**Основные демографические показатели по Городскому Центру за 2008-2013 годы**

Показатель	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Рождаемость	9,8	9,8	9,7	9,8	10,1	9,9
Общая смертность	8,8	8,75	8,8	8,7	8,6	8,5
Естественный прирост	+1,0	+1,15	+0,9	+1,1	+1,5	+1,4
Материнская смертность	-	-	-	-	-	-
Смертность взрослого населения	9,9	9,7	9,9	9,6	9,65	9,9

**Диаграмма 1**



ны данные по материнской смертности в сравнении с показателями по городу и области.

Показатели материнской смертности по ГЦ ПМСП в сравнении с показателями по городу и области (на 1000 живорожденных детей в ‰). По показателю смертности среди взрослого населения более подробно в статье будет

представлен анализ за 2012 – 2013 годы. В абсолютных числах в 2012 году умерло 846 человек, в 2013 году – 853. В половозрастной структуре на долю мужчин приходится в 2012 году – 47,2%, в 2013 году – 44,5%, что на 2,7% ниже. Соответственно женщины составляют – 52,8%; 55,5%. На дому в 2012 году умерло 54,1% в 2013 году – 54,0%. Имеет место

Диаграмма 2

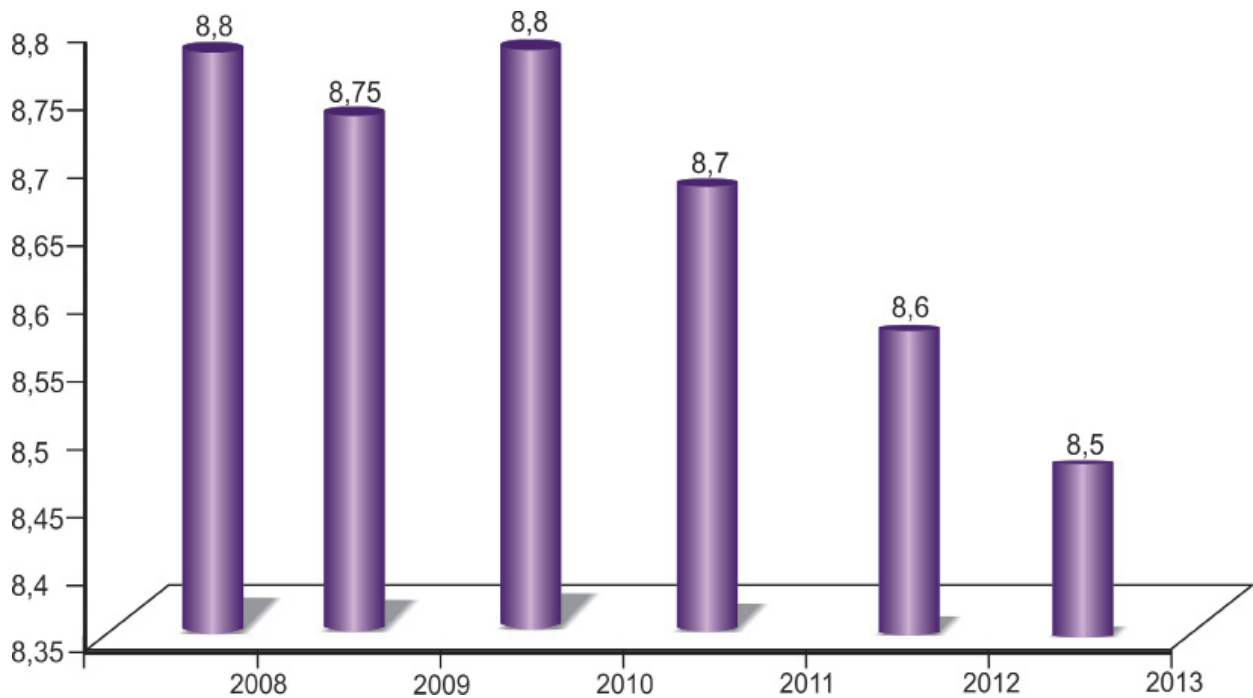
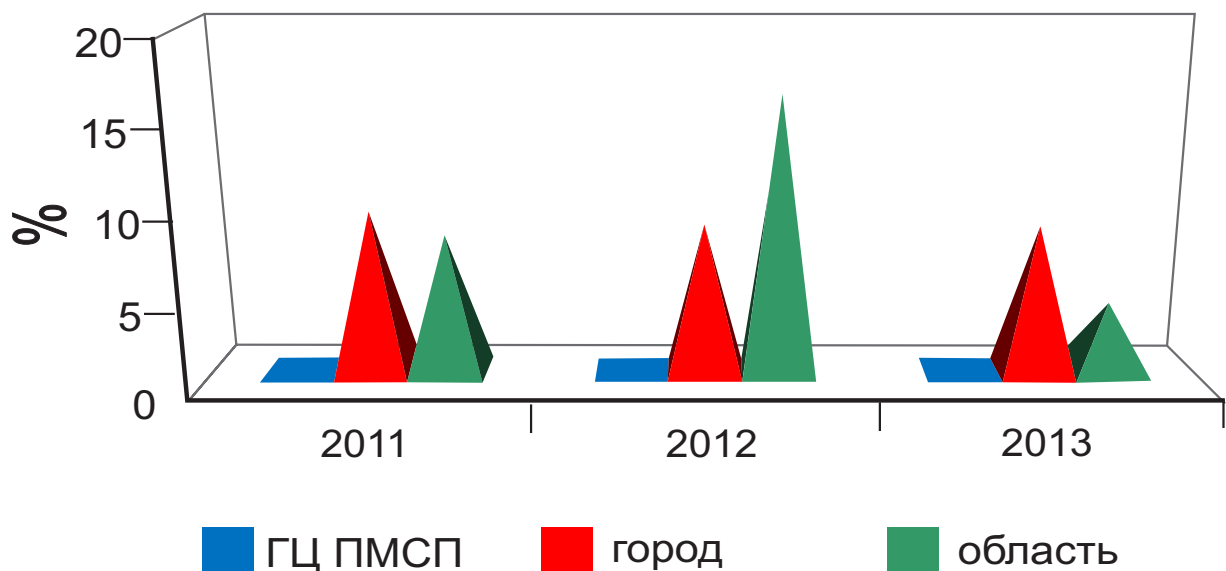


Диаграмма 3





незначительное снижение удельного веса в 2013 году. Как распределилась смертность по классам болезни представлено в Таблице 2. Из приведенных данных видно, что 1 место в нозологической структуре смертности взрослого населения занимают болезни системы кровообращения с тенденцией роста в 2013 году. Второе место в 2012 году занимает старость, а в 2013 году – случаи смертности от новообразований. Данная ситуация сформировалась в результате того, что начиная с

2011 года лечебно-профилактическими организациями области расширена практика применения диагноза основной причины смерти – «Физиологическая старость» (код по МКБ-R54). В 2012 году Городским центром было выдано 167 таких врачебных свидетельств о смерти. Такая же ситуация наблюдается по Карагандинской области. В конце 2012 года было решено провести в медицинских организациях контрольные мероприятия по обоснованности установленного диагноза при-

**Таблица 2.**  
**Анализ причин смертности взрослого населения по группам болезней по**  
**Городскому центру за 2012 -2013 гг.**

Класс болезней	2012		2013	
	абс. число	на 1000	абс. число	на 1000
Инфекционно-паразитное заболевание	4	0,04%	5	0,06%
Новообразование	122	1,4%	129	1,5%
Болезни крови	-		1	0,01%
Эндокринные заболевания	9	0,1%	5	0,06%
Болезни нервной системы	11	0,1%	35	0,4%
Болезни органов кровообращения	400	4,6%	493	5,7%
В т.ч. ОИМ	20	0,2%	36	0,4%
ИБС	107	1,2%	146	1,7%
ГБ			2	0,02%
ОНМК	75	0,85%	68	0,8%
Болезни органов дыхания	21	0,2%	29	0,3%
Болезни органов пищеварения	36	0,4%	47	0,5%
Болезни КМС	-			
Болезни МПС	10	0,1%	10	,01%
Травмы	59	0,7%	58	0,7%
Старость	167	1,9%	-	
Итого	846	9,65%	853	9,89%

чины смерти от старости по всем случаям, зарегистрированным в 2011-2012 годах.

Третье место занимают случаи смертности от новообразований в 2012 году и от травм в 2013 году. В 2013 году отмечается рост от болезней нервной системы, болезней органов

дыхания, болезней органов пищеварения. Таким образом, при достаточно хорошей ситуации с демографическими показателями Городского центра ПМСП, смертность среди взрослого населения в 2013 году стала больше на 0,24% по сравнению с 2012 годом.

#### Источники:

1. Основные показатели здравоохранения за 12 месяцев 2012 года по Карагандинской области. Основные показатели здравоохранения за 12 месяцев 2013 года по Карагандинской области.
2. Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан Саламатты Қазақстан на 2011-2015 годы» от 29 января 2011 года №41.
3. Статистические материалы по Городскому центру за 2008-2013 годы.

#### Каптагаев М. Е.

*Заместитель главного врача по медицинской части*

#### Дьяченко Н. А.

*Заместитель главного врача по организационно-методической работе  
ГКП на ПХВ «Центр детской неотложной медицинской помощи» г. Алматы*

## РОЛЬ ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЛУЧШЕНИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ГОРОДА АЛМАТЫ

**Аталуы:** Алматы қаласы бала тұрғындарының денсаулығын жақсартудағы Денсаулық сақтау басқармасының шаруашылық жүргізу құқығындағы «Балалар шұғыл медициналық жәрдем орталығының» алатын орны

**Авторлары:** М.Е.Қаптагаев, бас дәрігердің медициналық жұмысы жөніндегі орынбасары;  
Н. А.Дьяченко, бас дәрігердің ұйымдастыру-әдістемелік жұмысы жөніндегі орынбасары

**Түйіндеме:** Денсаулық сақтау басқармасының шаруашылық жүргізу құқығындағы «Балалар шұғыл медициналық жәрдем орталығы» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны-мамандандырылған, арнайы және жоғары мамандандырылған медициналық көмек көрсететін, сонымен қатар емдік диагностикалық және консультативті қызмет көрсететін көпсалалы медициналық мекеме. Заманауи медициналық құралдардың қолдануы және арнайы даярланған мамандардың болуы, әртүрлі патологиямен келген науқас балаларға сапалы медициналық көмек көрсетілуіне мүмкіндік береді

**Title:** The role of Children`s Emergency Centre of Health Department for improvement of children`s health protection of Almaty city

**Authors:** Kaptagayev M. E., deputy chief medical doctor; Dyachenko N.A., deputy chief doctor for organizational and methodological work, “Children`s Emergency Centre of Health Department of Almaty” state-owned public enterprise on the basis of economic control rights

**Abstract:** “Children`s Emergency Centre” state-owned public enterprise on the basis of economic control rights – is a multi-field medical organization that provides professional, high professional, specialized medical services as well as diagnostic and counseling services. Modern medical equipment, trained professionals allow to provide qualified medical care for children with different disorders

Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Центр детской неотложной медицинской помощи» – это многопрофильная медицинская организация, оказывающая квалифицированную, специализированную, высоко-специализированную медицинскую помощь в экстренном и плановом порядке населению г. Алматы и всей республики. Кроме того оказывает лечебно-диагностические и консультативные услуги.

Больница расположена недалеко от центра, в южной, экологически чистой, части города Алматы и имеет выгодное географическое расположение. К больнице подходят несколько магистральных улиц, что делает возможным быструю доставку больных и пострадавших от травм из различных районов города и прилегающих к нему районов Алматинской области, а также доставку больных детей из различных регионов Казахстана, которые прибывают в город через железнодорожные вокзалы, автовокзалы и аэропорты.

Кочная мощность стационара составляет 275 коек, кроме этого в Центре имеется отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии на 16 коек и отделение реанимации интенсивной терапии новорожденных на 12 коек.

Больница обладает хорошей материально-технической базой, оснащена современной аппаратурой и оборудованием, в соответствии с полученной лицензией имеет возможность оказывать плановую и экстренную стационарную помощь детям с практически любой патологией.

Больница располагает высококвалифицированными специалистами: 28 наименований врачебных специальностей (в т.ч. 6 кандидатов медицинских наук, 51 врач имеет высшую и первую квалификационную категорию). Сотрудники больницы неоднократно были отмечены Государственными наградами (медали Шапагат, Алтын Адам, лауреаты Государственной премии РК, посвященные дню независимости РК), отмечены званиями «Врач года» и т.д.

На базе больницы функционируют

кафедра детской хирургии и кафедра интернатуры и резидентуры по педиатрии № 1 Казахского Государственного медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова, курс детской хирургии Алматинского института усовершенствования врачей, кафедра анестезиологии и реанимации Алматинского института усовершенствования врачей.

В соответствии с полученным государственным заказом ежегодно удовлетворяется потребность детского населения города в плановой и экстренной стационарной хирургической помощи по 28 видам специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи, а также специализированной помощи и высокоспециализированной медицинской помощи, недоношенным и доношенным новорожденным в рамках «Дорожной карты».

Материально-техническая база больницы и коммуникации, обеспечивающие ее деятельность, постоянно совершенствуется.

В основе деятельности Центра лежит круглосуточное оказание экстренной и плановой помощи детям с хирургической патологией и травмами (травматология, ортопедия, нейрохирургия, комбустиология, абдоминальная и торакальная хирургия, гнойная хирургия, хирургия новорожденных, в т.ч. неонатальная хирургия, урология, офтальмология). Наряду с этим, в клинике оказывается специализированная и высокоспециализированная помощь новорожденным и недоношенным детям. Помимо этого Центр оказывает помощь детям с различными отравлениями (токсикология) детям города Алматы.

Стационар больницы, ориентированный на оказание медицинской помощи больным с хирургической патологией и травмами, а также новорожденным, в своем составе имеет следующие подразделения: - приемное отделение оснащено набором помещений, где осуществляется осмотр, диагностические исследования и манипуляции; в нем работают специалисты экстренной лабораторной диагностики, в рентгенологическом кабинете проводится обследование больных, при необходимости осуществляет-

ся компьютерная томография, ультразвуковая диагностика; в отделении имеется реанимационный зал, перевязочная, гипсовая перевязочная, эндоскопический кабинет, две операционные; на базе приемного отделения работает травматологический пункт, антирабический кабинет в котором также проводится иммунопрофилактика противоклещевым иммуноглобулином. В течении года в приемное отделение обращается более 66 000 детей.

- отделения хирургического профиля: травматологическое, нейрохирургическое, отделение хирургической инфекции и торакальной хирургии, отделение плановой хирургии, отделение офтальмологии, отделение комбустиологии (80% коечного фонда клиники) являются монополистами в оказании экстренной помощи детям. В указанных отделениях производится широкий спектр плановых (в том числе пластических и реконструктивных) оперативных вмешательств;

- отделения специализированного педиатрического (неонатального) профиля: отделение патологии новорожденных и неврологии раннего возраста, инфекционно-токсическое отделение, указанные отделения также являются монополистами в оказании специализированной помощи в городе Алматы и Алматинской области;

- отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, где оказывается специализированная реанимационная помощь и проводится интенсивная терапия тяжелобольным и больным с нарушениями витальных функций;

- отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, где оказывается специализированная реанимационная помощь и проводится интенсивная терапия новорожденным тяжелобольным с нарушениями витальных функций, обусловленными патологией перинатального периода и врожденными пороками развития;

- многопрофильное хозрасчетное отделение, где проводится любое (клиническое, неврологическое, лабораторное и инструментальное) обследование и осуществляется широкий спектр плановых (в том числе пла-

стических и реконструктивных) оперативных вмешательств;

- кабинет эндоскопии располагает современной эндоскопической аппаратурой (фиброгастроскоп, фиброколоноскоп, бронхоскоп, лапароскоп), что делает его уникальным; с помощью указанной аппаратуры возможно практически любое диагностическое исследование; имеющаяся видеоприставка к эндоскопам позволяет производить оперативные вмешательства на органах брюшной полости и грудной клетки с высококачественным визуальным контролем; названное отделение на сегодняшний день является монополистом в эндохирургии детского возраста города Алматы;

- для обеспечения лечебно-диагностического процесса на современном уровне в больнице имеется мощная параклиническая служба, включающая отделение лучевой диагностики (осуществляет более 39800 рентгенологических, 2300 исследований на компьютерном томографе и более 7600 ультразвуковых исследований в год), кабинет функциональной диагностики (выполнено более 5300 исследований), лабораторный комплекс (проведено более 451000 различных анализов), физиотерапевтическое отделение (отпущено более 23000 процедур физиолечения, проведено сеансов лечебной физкультуры 1327 больным и массаж назначен 1384 детям), все указанные структурные подразделения обладают квалифицированными кадрами и оснащены современной аппаратурой, что дает возможность проводить любое исследование у детей различных возрастных групп;

- централизованная стерилизационная лаборатория производит качественную предстерилизационную обработку и стерилизацию хирургического инструментария, наборов для забора на анализ крови; в отделении ведется тщательный контроль за качеством работы, обеспечивающий надежную безопасность больным;

- кабинет переливания крови обеспечивает клинику препаратами крови, различными инфузионными и трансфузионными средами, одноразовыми системами для внутривенного введения препаратов и компонентов

крови и лекарственных средств, сыворотками для определения групповой и резус-принадлежности крови, осуществляет контроль за правильным назначением, учетом и использованием компонентов крови, инфузионных и трансфузионных средств, обеспечивает своевременное обследование больных на HbAg и ВИЧ-инфекцию; осуществляет организационно-методическую работу по использованию препаратов крови и донорству;

- кабинет медицинской статистики занимается сбором статистической информации, учетом больных по стационару и обработкой собранной информации, а также курирует работу с Порталом Бюро госпитализации и Электронным регистром стационарных больных;
- пищеблок обеспечивает больных стационара лечебным и диетическим питанием, соответствующим всем требованиям;

- оперативный отдел занимается взаимосвязью и координацией работы между всеми клиническими и параклиническими отделениями, внутренними и внешними консультантами, сбором и передачей информации внутри больницы, обеспечивает контроль за работой автотранспорта;
- при необходимости консультации и оперативные вмешательства проводятся академиками, профессорами, доцентами и ассистентами кафедр.

В Центре в течении последних лет проведена определенная работа, направленная на внедрение современных методов диагностики и лечения, с применением эндоскопии:

1. Эндоскопическая венстрикулостомия дна III желудка.
2. Эндоскопическое удаление внутримозговых гематом при инсульте.
3. Эндоскопическое удаление внутримозговых гематом при сочетанных травмах.
4. Лапароскопическая дивертикулэктомия.
5. Видеоторакопическое ушивание буллы легкого с экстраплевральным пневмолизом и миниторакальным доступом.
6. Видеоторакопическое хирургическое лечение врожденной атрезии пищевода у новорожденных.

Кроме того в ЦДНМП осуществляют-

ся внедренные в последнее время операции, устранение менингоцеле с использованием аллотрансплантата; иссечение или деструкция поврежденного участка спинного мозга или спино-мозговых оболочек; восстановительные операции на диафизе трубчатых костей; операции по восстановлению пищевода, в том числе с замещением желудком или кишкой; анастомоз печеночного протока в желчный тракт у детей (порто-энтеростомия по Касаи с У-образным анастомозом по Ру); перемещение или трансплантация сухожилия (кроме кисти); открытая репозиция костных отломков другой уточненной кости с внутренней фиксацией экстремедулярным имплантатом; применение внешнего фиксирующего устройства на прочие кости; трабекулоэктомия с экспозицией 5-фторурацилом и имплантацией дренажа.

Внедрение инновационных технологий дало возможность улучшить качество оказания медицинской помощи детскому населению города. Кроме того в течении последних трех лет значительно улучшился показатель госпитальной летальности (с 0,82 в 2011 г. до 0,4 в 2013 г.), в том числе в группе новорожденных больных.

Следует отметить, что открытие нового операционного блока с ламинарными потоками воздуха, оснащенного современным оборудованием (как хирургического, так и анестезиологического), позволит в перспективе улучшить качество медицинской помощи, что повлияет на такие показатели как летальность.

В Центре детской неотложной медицинской помощи проводятся консультации больных из других стационаров, детей проживающих в городе Алматы и обращающихся из Алматинской области и других регионов Казахстана, по всем сложным случаям диагностики и лечения. Консультации осуществляются сотрудниками базирующихся кафедр и специалистами Центра.

Коллектив Центра постоянно работает над перспективами своего развития в соответствии с разработанным планом развития до 2015 года. Планом предусмотрено следующее: продолжение работы, направленной

на укомплектование Центра высококвалифицированными кадрами: врачами и медсестрами, к 2015 г. добиться категорированности специалистов до 80-90%; полностью обеспечить пациентов клиники медикаментами в соответствии с Протоколами диагностики и лечения; развивать многопрофильное отделение, оказывающее медицинские услуги на платной основе; внедрить в течение 2014 года методику «check-up» (полное обследование пациента за один день); доукомплектовать хирургическим инструментарием (в том числе эндоскопическим) для выполнения высокоспециализированных реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств; доукомплектовать коммуникации и оборудование для отделений реанимации (кислородная и вакуумная станции, транспортный кювез для новорожденных, автомобиль для транспортировки

новорожденных и т.д.); решить вопрос об открытии дневного стационара для амбулаторных больных.

Осуществление всех вышеперечисленных мероприятий позволит значительно увеличить спектр оказываемых медицинских услуг и повысить качество медицинской помощи детям, сократить сроки пребывания больных в стационаре, уменьшить финансовые затраты.

ГКП на ПХВ «Центр детской неотложной медицинской помощи» в соответствии с государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 гг. проводит большую работу, направленную на улучшение качества специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи и играет значительную роль в охране здоровья детей города Алматы.

**Калиева М. А.**

*Начальник отдела развития медицинского образования*

**Абдрахманова А. О.**

*К.м.н., доцент, ведущий эксперт отдела развития медицинского образования*

**Сарсенова Р. Т.**

*К.м.н., доцент, ведущий эксперт отдела развития медицинского образования*

**Турумбетова Т. Б.**

*Ведущий специалист отдела обсерватории кадровых ресурсов*

**Ким М. Е.**

*Начальник отдела обсерватории кадровых ресурсов*

**Байгожина З. А.**

*Главный эксперт отдела развития медицинского образования*

*РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК*

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ШТАТНЫХ НОРМАТИВОВ СТАНЦИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Аталуы:** Жедел медициналық көмек станциясының штаттық нормативтерін жетілдіру бойынша пилоттық жобаның нәтижесін қорытындылау

**Авторлары:** М. А. Калиева, А. О. Абдрахманова, Р. Т. Сарсенова, Т. Б. Турумбетова, М. Е. Ким, З. А. Байгожина

**Түйіндеме:** Астана қаласы қалалық жедел медициналық көмек станциясының қолданыстағы штаттық нормативтері мен штаттық кестесіне салыстырмалы талдау өткізілді. Көшпелі бригада бойынша дәрігер лауазымының жалпы профициті 31,5 мөлшерлемеді. Көшпелі бригада фельдшер қызметінің 248,5 мөлшерлемеді тапшылығы анықталды. Жедел медициналық көмек станция бригадасында жаңа штаттық нормативтеріне сәйкес санитарлар қызметі қарастырылмағанына байланысты парамедиктерді дайындау жұмыстарын ұйымдастыру қажет. Жедел медициналық көмек станция штаттық нормативтерін оңтайландыру үшін осы міндетті арнайы оқудан кейін автокөлік жүргізушілеріне жүктеуге болады.

**Бұлақты сөздер:** штаттық нормативтар, профицит/ дефицит позициялары, штаттың оңтайландыруының лауазымның тапшылығы.

**Title:** Analysis of the pilot project on improving staff standards of emergency ambulance stations

**Authors:** M. A. Kaliyeva, A. O. Abdrakhmanova, R. T. Sarsenova, T. B. Turumbetova, M. Y. Kim, Z. A. Baygozhina

**Abstract:** A comparative analysis of the current staff standard and staffing tables of the city emergency ambulance station in Astana is carried out. The overall surplus of medical positions is 31,5 salary rates for mobile teams. Deficiency is revealed in 248,5 salary rates for mobile teams' feldshers. It is necessary to develop paramedics service, as according to recommended staff standards the position of healthcare assistants (hospital attendants) of emergency station teams aren't provided for which reason there is a surplus of 344,25 salary rates for these positions. To optimize staff standards of emergency stations this function after special training can be assigned to automobile drivers.

**Keywords:** regular standards, surplus/deficiency of positions, optimization of states.

История организации и развития скорой медицинской помощи (СМП) берет начало с пожара в Венской опере в 1881 году, во время которого пострадало 300 человек. Именно тогда было организовано общество врачей, дежуривших по очереди для оказания нуждающимся медицинской помощи [1]. Позднее такие станции были созданы в Берлине, Варшаве, Киеве, Одессе и т.д. В России поводом для организации станций скорой помощи в Москве и Петербурге послужила трагедия на Ходынском поле во время коронации Николая II (1986 г.), унесшая жизни более чем 1300 человек [1].

С годами структура и объем оказываемых услуг скорой помощью менялись. В 1923 году в Москве был организован первый Институт скорой медицинской помощи имени Н.В.Склифосовского, позднее ставший научно-исследовательским.

С распадом Советского союза претерпела изменения вся система здравоохранения бывших союзных республик, в том числе изменения коснулись здравоохранения Казахстана. Вместе с тем, реорганизация здравоохранения меньше всего коснулась станций скорой медицинской помощи, а незначительные перемены не учитывают изменения структуры заболеваемости (рост БСК, ОНМК, травматизма, детской патологии [2,3]), общую нехватку медицинских кадров [4] и автотранспорта и др.

Ежегодно увеличивается число обращений на станции скорой медицинской помощи, носящие порой необоснованный характер – вызовы к больным с острыми простудными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, не требующими экстренной медицинской помощи, снятие ЭКГ и др. [5] (Таблица 1).

**Таблица 1**  
**Показатели обращаемости**  
**и необоснованных вызовов в станции скорой медицинской помощи**

	2009	2010	2011	2012
Общее число вызовов на 1000 населения	345,5	557,7	277,2	395,3
Необоснованные вызовы	2,6%	2,5%	2,4%	2,4%

Скорая медицинская помощь является одним из самых дорогостоящих видов медицинской помощи, которая оказывается гражданам в экстренных состояниях и от своевременных и грамотных действий специалистов скорой помощи зависит здоровье и, порой, жизнь человека. Именно по работе СМП люди судят о здравоохранении «так как она является определенным индикатором в слаженной деятельности всех медицинских организаций».

В связи с этим, одной из важных задач Казахстанского здравоохранения является планирование кадровых ресурсов скорой помощи с учетом экономических возможностей, кадрового потенциала и потребностей насе-

ления в экстренной медицинской помощи.

Материалы и методы. Республиканским центром развития здравоохранения (РЦРЗ) разработан проект планирования и расчета штатных нормативов организаций здравоохранения Республики Казахстан (РК), в том числе станций скорой медицинской помощи с учетом «Стандарта организации оказания скорой медицинской помощи и медицинской помощи в форме санитарной авиации в Республике Казахстан», утвержденного 26.06.2013 г. № 365.

Нами проведен сравнительный анализ действующего штатного норматива [6] и кадрового потенциала службы скорой медицинской помощи с предлагаемым проектом



**Таблица 2**  
**Сравнительный анализ штатного расписания выездного персонала СМП**

Бригады скорой помощи	Бригады скорой помощи			Бригады скорой помощи			Бригады скорой помощи		
	План по Пр. № 238	Потребность по проекту	Отклонение	План по Пр. № 238	Потребность по проекту	Отклонение	План по Пр. № 238	Потребность по проекту	Отклонение
Специализированная кардио-реанимационная бригада	10	8	2	61,0	42,0	19,0	47,5	84,0	-36,5
Бригада интенсивной терапии	10	12	2	52,5	63,0	-10,5	47,5	126	-78,5
Врачебные бригады	16	12	4	86,0	63,0	23,0	76,0	63,0	13,0
<b>Всего врачебных (бригад) кадров</b>	<b>36</b>	<b>32</b>	<b>4</b>	<b>199,5</b>	<b>168,0</b>	<b>31,5</b>	<b>171,0</b>	<b>273,0</b>	<b>-102,0</b>
Фельдшерские бригады	41	49	-8				266,0	514,5	-248,5
<b>Всего фельдшерских (бригад) кадров</b>	<b>41</b>	<b>49</b>	<b>-8</b>				<b>266,0</b>	<b>514,5</b>	<b>-248,5</b>
<b>Итого</b>	<b>77</b>	<b>81</b>	<b>-4</b>	<b>199,5</b>	<b>168,5</b>	<b>31,5</b>	<b>437,0</b>	<b>787,5</b>	<b>-350,5</b>

штатных нормативов [7] на примере городской станции скорой медицинской помощи (ГССМП) г. Астаны.

#### Результаты исследования.

Штатное расписание ГССМП составлено в соответствии с действующим приказом [6], согласно которому в ГССМП выделяют врачебные должности, должности среднего и младшего медицинского персонала, фармацевтический и административно-хозяйственный персонал (Таблица 2).

Станция скорой помощи обслуживает 804474 человек населения города Астаны. Планируемое количество вызовов на 2014 год составляет 421130. Для обслуживания вызовов укомплектовано 77 бригад, из которых 20 специализированных (кардио-реанимационная и бригада интенсивной терапии), 16 – педиатрических и 41 фельдшерская.

В ГССМП на 2014 год по штатному расписанию развернуто 391,25 ставки врачебных должностей, из них «выездные» бригады составляют 199,5 ставки. Имеется 577,0 ставки среднего медицинского персонала (фельдшеры, медицинские сестры, медицинские регистраторы и др.), из них на вызовы запланировано 437,0 ставки. Числен-

ность младшего медицинского персонала, согласно штатному расписанию составляет 352,0 ставки, из них 344,5 ставки занимают санитары «выездных» бригад.

Обслуживают выезды водители автотранспорта скорой помощи, общая численность которых составила 346,5 штатных единиц.

Сравнительный анализ обеспеченности выездными бригадами выявил дефицит фельдшерских бригад (8 единиц) и бригад интенсивной терапии (2 единицы); вместе с тем профицит составили педиатрические (4 единицы) и кардио-реанимационные (2 единицы) бригады. Итоговый дефицит – 4 бригады.

Анализ врачебных должностей показал общий профицит 31,5 ставки, который складывается из профицита должностей врачей педиатрических (23,0) и специализированных кардио-реанимационных (19,0) бригад с вычетом 10,5 врачебных ставок бригад интенсивной терапии.

Значительные отклонения в сторону дефицита выявлены по фельдшерским ставкам, которые в сумме составили 350,5. Наибольший дефицит составляют кадры фельдшерских бригад (248,5), что

объясняется увеличением их процентного соотношения по сравнению с врачебными бригадами, которое составило 60%. Дефицит фельдшеров отмечен в специализированных бригадах: кардио-реанимационной (36,5) и интенсивной терапии (78,5). Вместе с тем в педиатрической бригаде при перерасчете на 12 бригад по проекту отмечен профицит фельдшеров на 13,0 ставок.

Огромный штат составляют должности санитаров выездных бригад, на долю которых по действующему Приказу Министра здравоохранения РК №238 приходится 344,25 ставки. При этом должностные обязанности санитаров заключаются в оказании помощи при транспортировке больных. Эти обязанности после специального обучения можно возложить на водителей автотранспорта, как это делается в США, Канаде, Великобритании, Ирландии, Австралии, Новой Зеландии, а также в Японии [8].

Таким образом, оптимизация

штатных нормативов станций скорой медицинской помощи, безусловно, приведет к дефициту средних медицинских работников, в частности фельдшеров, но, вместе с тем, позволит уменьшить профицит врачебных кадров, сократить огромный штат санитаров, возложив их функции на водителей медицинского автотранспорта, а увеличение процентного соотношения фельдшерских бригад позволит максимально охватить население, нуждающееся в экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Такой подход в планировании штатных нормативов станций скорой медицинской помощи приведет к сокращению дефицита врачебных кадров и значительной экономии финансовых средств за счет дифференцированного подхода в использовании выездных врачебных, специализированных бригад и бригад интенсивной терапии за счет увеличения числа фельдшерских бригад.

#### Источники:

1. История развития службы скорой медицинской помощи и её организация в разных странах мира: <http://poliklinika.by/istoriya-razvitiya-sluzhby-skorouy-medicinskoj-pomoshchi-i-eyo-organizaciya-v-raznyh-stranah-mira>
2. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году. Стат. сборник. – Астана, 2012. – 319 с.
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году. Стат. сборник. – Астана, 2013. – 316 с.
4. Аканов А.А., Камалиев М.А. Система здравоохранения Республики Казахстан: современное состояние, проблемы, перспективы. Реформы финансирования здравоохранения: Опыт стран с переходной экономикой / Под ред. Kutzin J., Cashin C., Jakab M. - Европейское региональное бюро ВОЗ /Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2011. – 442 с.
5. Турумбетова Т.Б., Калиева М.А., Абдрахманова А.О. и др. Оптимизация структуры станций скорой медицинской помощи. Сборник тезисов Международной конференции, посвященной 35-летию Алма-Атинской Декларации ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)/Под общей редакцией проф. Кульжанова М.К. – Алматы, 2013. – С. 148-149.
6. Приказ Министерства здравоохранения РК от 7 апреля 2010 г. № 238 (приложение 6, п.1.1) «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения».
7. Приказ Министерства здравоохранения РК от 31 декабря 2013 г. № 771 «О проведении пилотного проекта по совершенствованию типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения»
8. Медновости. Быстрый и/или умный: <http://medportal.ru/mednovosti/main/2014/01/28/086er/>

ҚЫЗМЕТТЕРДІ БАСҚАРУ/  
УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ**Макеева Ф. У.***Заместитель Председателя***Раймқұлова Г. У.***Руководитель Управления контроля за оказанием фармацевтических услуг**Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности**Министерство здравоохранения Республики Казахстан***Ахимова А. Д.***Руководитель**Лекарственного информационно-аналитического центра***Қойбағарова М. М.***Специалист отдела развития формулярной системы***Ибраева М.Г.***Ведущий-специалист отдела информирования населения**Лекарственного информационно-аналитического центра**РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК*СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

**Аталуы:** Қазақстан Республикасындағы дәрілік заттардың сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету жүйесі

**Авторлары:** Ф. У. Макеев; Г. У. Раймқұлова; А. Д. Ахимова; М. М. Қойбағарова

**Түйіндеме:** Қазіргі дәрігер Қазақстанның фармацевтикалық нарығында бар дәрілік заттар туралы әжептәуір толық ақпаратты білуі тиіс, дәрілік заттардың қауіпсіздігін бақылау жүйесі туралы түсінігінің болуы және қандай да бір дәрілік затты тағайындағанда дұрыс шешім қабылдай білуі тиіс. Тұтынушылар мен дәріні тағайындайтын дәрігерлер дәріні ұтымдырақ пайдалануға қолжеткізудегі өз талаптарына абай болулары тиіс. Біздің елімізде денсаулық сақтау секторы ұлттық басымдықтар қатарына жатады және Мемлекет басшысының ерекше назарында. Дәрілік заттардың сапасын қамтамасыз етуді, қауіпсіздігі мен тиімділігін бақылау үшін Қазақстанда денсаулық сақтаудың бірыңғай саясатын анықтауға және басқаруға мүмкіндік беретін, халықаралық деңгейдегі танымал жүйелермен үйлесітірілген бірыңғай тұтас жүйе құрылған. Фармацевтикалық нарықта дәрілердің айналымын мемлекеттік бақылау жүйесі дәрінің сапасын, оның барлық өмірлік циклінде – өндірілгеннен бастап соңғы тұтынушыға дейін қамтамасыз ететін барлық элементтерді қамтиды және бүкіл процесс Қазақстан Республикасының заңнамаларымен регламенттелген

**Title:** Safety and quality insurance system of medicines in the Republic of Kazakhstan

**Authors:** Makeyev F. U.; Raymkulova G. U.; Ahimova A. D.; Koybagarova M. M.

**Abstract:** The modern doctor has to possess rather full information about present medicines in the pharmaceutical market of Kazakhstan, have idea of the monitoring of safety system of medicines - to understand and be able correctly to make the decision in purpose of this or that medicine. Consumers and the doctors appointing drugs, have to be vigilant in the efforts on achievement of more rational use of drugs. In our country the sector of health care belongs to a rank of national priorities and is on special attention of the Head of the State. For control of ensuring quality, safety and efficiency of medicines in Kazakhstan

the uniform complete system harmonized with systems recognized at the international level which allows to define and operate uniform policy of health care is constructed. The system of the state control of the drug circulation in the pharmaceutical market allows covering all elements providing quality of medicine throughout all its life cycle – from development to the end user and all process is regulated by the legislation of the Republic of Kazakhstan

Современные лекарства, при их правильном использовании вносят неоспоримый вклад в процесс улучшения здоровья нации. Мы все прекрасно понимаем, что для этого необходима качественная регламентация продвижения лекарств на рынок республики.

Сегодня фармацевтический рынок республики насчитывает свыше 7 тысяч наименований лекарственных средств, более, чем из 80 государств мира. Современный врач, должен владеть достаточно полной информацией о присутствующих на фармацевтическом рынке Казахстана лекарственных средствах, иметь представление о системе контроля безопасности лекарственных средств – понимать и уметь правильно принимать решение в назначении того или иного лекарственного средства. Потребители и врачи, назначающие лекарства, должны быть бдительными в своих усилиях по достижению более рационального использования лекарств.

Нельзя забывать, что фармацевтический сектор – это область, отнесенная к сфере национальной безопасности, являющаяся одной из важных составляющих развития экономики страны. В сообщении, опубликованном Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), указано, что «существует изначальный конфликт интересов между обоснованными целями бизнеса производителей – с одной стороны, и социальными, медицинскими и экономическими потребностями медиков и населения выбирать и использовать лекарства наиболее рациональным образом – с другой».

Цель фармацевтического бизнеса, как и любого другого бизнеса, состоит в том, чтобы делать деньги и извлекать максимально возможную прибыль, этому промышленники-руководители обычно и направляют свою энергию день ото дня. Резуль-

татом таких устремлений является огромный всемирный рынок сбыта. Хотя врачи единогласно отрицают, что на их представления о лекарствах влияет деятельность фармацевтической промышленности, неоспорим тот факт, что медицинские работники и потребители нуждаются в непредвзятой, полной и достоверной информации о лекарствах, отпускаемых по рецепту и без него.

Характерной особенностью нашего фармацевтического рынка является то, что большую половину из зарегистрированных лекарственных средств составляют препараты-генерики. В этой связи многих специалистов практического здравоохранения волнует ряд вопросов, связанных с ценой, качеством, безопасностью и эффективностью генерических аналогов.

Нужно отметить, что самое основное отличие генерика от оригинального препарата – это его цена. Как правило, оригинальный препарат в разы дороже его генерического эквивалента, что обусловлено, прежде всего, дороговизной проводимых исследований по разработке и перед выпуском нового (оригинального) препарата. В остальном – генерик не только содержит то же действующее вещество, но и должен быть полностью биоэквивалентен оригиналу, а так же обладать той же биодоступностью. В настоящее время вопрос терапевтической эквивалентности оригинальных препаратов их генерическим аналогам волнует не только врачей, но и пациентов.

Как показало исследование, проведенное Лекарственным информационно-аналитическим центром в 2013 году, 68% врачей продолжают назначать лекарственные средства по торговым наименованиям, тем самым указывая пациенту на свое предпочтительное отношение к определенной торговой марке.

Можем ли мы быть уверенными, что назначаемый или приобретаемый препарат

качественный? Постараемся разобраться в данном вопросе.

В мире не существует универсальной модели здравоохранения, каждая страна выбирает свою модель, исходя из своих собственных возможностей и способностей модели – отвечать данным потребностям.

В нашей стране сектор здравоохранения относится к рангу национальных приоритетов и находится на особом внимании Главы государства. Для контроля за обеспечением качества, безопасности и эффективности лекарственных средств в Казахстане построена единая целостная система, гармонизированная с признанными на международном уровне системами, которая позволяет определять и управлять единой политикой здравоохранения. Система государственного контроля обращения лекарств на фармацевтическом рынке позволяет охватывать все элементы, обеспечивающие качество лекарства на протяжении всего его жизненного цикла – от разработки до конечного потребителя и весь процесс регламентирован законодательством Республики Казахстан.

Если проследить путь движения препарата в системе государственного контроля, то можно увидеть, что без контроля не остаются ни научные исследования физико-химических свойств молекулы, ни обширные доклинические и клинические исследования. Все это отслеживается в Казахстане во время проведения обязательной процедуры государственной регистрации в контролирующем органе – Комитете контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Без регистрационного удостоверения о государственной регистрации лекарственного средства, полученного в установленном порядке, препарат просто не может попасть в обращение.

Именно процедура государственной регистрации является мощным барьером от появления на нашем рынке недоброкачественных и небезопасных препаратов, при проведении которой подтверждается качество, безопасность и, конечно же, действенность лекарственного средства. При государ-

ственной регистрации проводится полная экспертиза лекарственного средства, включая: экспертизу всех представляемых фармацевтической фирмой документов (первичная экспертиза), аналитическая экспертиза препарата, оценка безопасности, эффективности и качества (специализированная экспертиза), а так же, при необходимости, доклинические, клинические исследования.

Так, благодаря этой процедуре в 2010 году не прошли государственную регистрацию и не допущены на фармацевтический рынок Республики Казахстан 512 наименований лекарственных средств, в 2011 году – 715, в 2012 году – 366, а в 2013 году – 292. Основными причинами отказа в государственной регистрации заявленных препаратов были такие причины, например, как:

- более низкая безопасность и эффективность препарата по сравнению с ранее зарегистрированными аналогами;
- несоответствие установленным показателям качества и безопасности;
- получение отрицательных результатов клинических и (или) других исследований;
- наличие в составе препарата веществ, запрещенных к применению в Республике Казахстан;
- наличие в регистрационном досье недостоверных сведений и др.

Подтверждение безопасности, качества и эффективности лекарства при проведении процедуры государственной регистрации основывается на сравнительном анализе его эффективности и оценке риска причинения вреда здоровью. Основные этапы оценки безопасности новых препаратов, поступающих на рынок республики – это экспертиза результатов доклинических и клинических исследований, оценка результатов, регистрация препарата, его широкое использование при медицинском применении.

Всю вышеперечисленную экспертизу при государственной регистрации лекарственных средств проводит специально созданная государственная экспертная организация – РГП «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской

техники» (НЦЭЛС) Министерства здравоохранения Республики Казахстан, которая является монополистом по своему роду деятельности и не принимает непосредственного участия в разработке/производстве лекарственного средства, и поэтому может непредвзято осуществлять эту деятельность.

Сегодня лаборатории НЦЭЛС в состав которых входит Республиканская иммунобиологическая лаборатория, оснащены самым современным оборудованием, позволяющим воспроизводить все сложные и необходимые методики качественного анализа.

В настоящее время проводятся подготовительные мероприятия по вступлению НЦЭЛС в Единую сеть официальных испытательных лабораторий по контролю качества лекарственных средств при Европейской фармакопее, продолжается работа по созданию III тома национального фармакопейного стандарта – Государственной фармакопеи Республики Казахстан (ГФ РК) – свода стандартов, гармонизированных с международными требованиями, являющегося своего рода основой для обеспечения качества и безопасности лекарств. Свидетельством высоких достижений в области совершенствования стандартов качества и безопасности лекарств при разработке отечественной ГФ РК, служит тот факт, что Республика Казахстан является официальным наблюдателем Европейской фармакопейной комиссии Совета Европы, членом Фармакопейной конвенции США с предоставлением права решающего голоса, подготовлен к подписи договор о совместном сотрудничестве с Британской Фармакопеей.

После проведения государственной регистрации лекарственное средство может быть произведено или ввезено на территорию Республики Казахстан. После чего начинается следующий, немаловажный этап, обеспечивающий контроль каждой серии произведенного или ввезенного препарата – оценка безопасности и качества.

Важно, что в настоящее время лекарственные средства вышли из системы технического регулирования, ввиду своей узкой специфичности, применения более жестких

обязательных требований, нежели к другой продукции, такой, например, как пищевая или товары легкой промышленности. Оценке безопасности качества подвергаются все лекарственные средства при их ввозе, производстве, а также она имеет место при возникновении сомнения в качестве лекарственных средств, зарегистрированных в Республике Казахстан, в том числе изъятых государственным органом, для подтверждения факта обнаружения фальсифицированных лекарственных средств.

Более подробную информацию о порядке проведения процедуры оценки безопасности и качества лекарственных средств можно получить, изучив Правила проведения оценки безопасности и качества лекарственных средств, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 14 декабря 2012 года №1606.

В цепочке государственных процедур, кроме государственной регистрации и посерийной оценки безопасности и качества лекарственных средств, немаловажную роль играет лицензирование фармацевтической деятельности, которое призвано обеспечить необходимые условия для сохранения качества лекарственных средств при их производстве, хранении, транспортировке и реализации.

На этапе применения лекарственного средства пациентом немаловажную роль приобретают вопросы правильного хранения и применения препарата.

С целью содействия рациональному назначению лекарственных средств, эффективному и безопасному их применению создана специализированная государственная организация, предоставляющая достоверную и полную информацию о лекарственных средствах – Лекарственный информационно-аналитический центр, который имеет сеть региональных отделов во всех регионах страны. Именно от знания пациентом вопросов рационального применения и надлежащего хранения препаратов в домашних условиях, зависит качество, эффективность и, отчасти, безопасность назначаемой врачом фармакотерапии.

Лекарственным центром ежегодно выпускаются справочники, основанные на достоверной информации из лучших международных источников доказательной медицины, методические рекомендации и лекарственные бюллетени, содержащие ответы на актуальные вопросы практического здравоохранения.

Нужно подчеркнуть, что сфера обращения лекарственных средств претерпевает ряд существенных и прогрессивных изменений. Министерством здравоохранения Республики Казахстан проводится активная работа по переносу акцента над непосредственным контролем за качеством лекарственных средств, к более совершенной системе по его обеспечению. В большинстве развитых стран действует именно такая модель, стандартизирующая каждый элемент обеспечения качества лекарственного средства и направленная именно на предупреждение случаев появления дефектов качества, а не на его устранение. Все ведущие международные эксперты сошлись во мнении о том, что качество и безопасность лекарственных средств могут быть обеспечены только строгим соблюдением правил Надлежащей производственной практики (GMP), Надлежащей клинической практики (GCP), Надлежащей лабораторной практики (GLP), Надлежащей дистрибьюторской практики (GDP), Надлежащей аптечной практики (GPP),

Надлежащей регуляторной практики (GRP).

Идеология поэтапного перехода казахстанской фармацевтической отрасли на стандарты надлежащих практик закреплена в основополагающем стратегическом документе – Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан». Кроме того, создан необходимый правовой фундамент для внедрения стандартов в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Следует отметить, что необходимость перехода на стандарты международных практик принята и поддерживается фармацевтической общественностью республики и уже 4 отечественных производственных участка добровольно перешли на стандарт GMP, 11 объектов оптовой реализации лекарственных средств получили заключения о соответствии стандарту GDP и 15 объектов розничной реализации лекарственных средств получили заключения о соответствии стандарту GPP.

В настоящее время в Республике Казахстан уже подготовлен фармацевтический инспекторат и ведется активная подготовительная работа по внедрению стандартов, в том числе в разработке механизмов стимулирования объектов фармацевтической деятельности к переходу на стандарты обеспечения качества и безопасности лекарств.

**Рустемова З. К.**

*Заместитель главного врача по сестринскому делу*

*ГКП на ПХВ «Центр Детской Неотложной Медицинской Помощи»*

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ВЫХАЖИВАНИИ МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ПРАКТИКЕ ГКП НА ПХВ «ЦЕНТР ДЕТСКОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

**Аталуы:** Алматы қаласы Денсаулық сақтау басқармасының шаруашылық жүргізу құқығындағы «Балалар шұғыл медициналық жәрдем орталығы» мемлекеттік коммуналды кәсіпорнының Алматы қаласында бала тұрғындарының денсаулығын жақсартуда алатын орны

**Авторлары:** **З. К. Рустемова**, бас дәрігердің орынбасары

**Түйіндеме:** Неонатологиялық бөлімшелердің медицина қызметкерлерінің жұмысының мәні – неонатологиялық кезеңде адамның әрі-қарай өмір сүруінде денсаулығының жалғасуына қажетті жағдай жасаудан тұрады. Осылайша, неонатологиялық бөлімшелердегі медицина қызметкерлерінің жұмысының барлық қағидаларын сақтай отырып, біз, келесі жетістіктерге қол жеткізіп отырмыз: науқастың ауруханада ем алуға жатқызылу мерзімі азайды, бөлімшенің төсек-орын айналымы көбейді, бұл аурухананың экономикалық қорын үнемдеуге және салмағы төмен нәрестелер тобының арасында инвалидтіктің орын алуының азаюына септігін тигізеді

**Title:** The role of Children`s Emergency Centre of Health Department for improvement of children`s health protection of Almaty city

**Authors:** **Z. K. Rustemova**, deputy chief “Children`s Emergency Centre of Health Department of Almaty” state-owned public enterprise on the basis of economic control rights

**Abstract:** The main aim of health professionals` work in neonatology is to create conditions in the neonatal period that are necessary for health formation throughout life. Therefore, by observance of all the principles of nurses` work in neonatology we have achieved such goals as: the period of hospital stay of ill newborns has shortened, bed turnover has increased, and it contributes to saving in material resources consumption and decreasing in disability among small-for-date babies

Существует множество условий, которые необходимо соблюдать для поддержания здоровья – от простого мытья рук до вакцинации и предупреждения рака. Помимо предупреждения болезней важно их выявление и лечение. (Шарман А. 2011 г.). Несомненно, что активное формирование здоровья человека, эффективная первичная профилактика должна осуществляться в перинатальном периоде. (Н.П. Шабалов 2006 г.). Суть работы медицинских работников в неонатологических отделениях заключается в создании в неонатальном периоде условий, необходимых для формирования состояния здоровья во всей последующей жизни человека. Вечные принципы основного ухода за новорожденными – это воздух, тепло, пища, гигиена, любовь (Costello et al., 2000 г.).

В Казахстане для снижения детской смертности определена национальная «Стратегия 2030», в которой долгосрочным

приоритетом является «Улучшение здоровья женщин и детей». С 2008 года РК официально перешла на международные стандарты критериев живорождения детей, рекомендованные ВОЗ. Недоношенные дети до настоящего времени остаются ведущей группой риска реализации заболеваемости и смертности среди всех новорожденных. Правильная организация перинатального и постнатального ухода позволяет снизить частоту тяжелых осложнений (Абдрахманова Г.Е. с соав., – Выхаживание и лечение маловесных детей с перинатальной гипоксически-ишемической энцефалопатией, Вестник КазНМУ, №1 – 2014 год).

В связи с важностью роли медицинской сестры по выхаживанию новорожденных детей – мы решили поделиться своим опытом работы медицинских сестер «Центра Детской Неотложной Медицинской Помощи». Нами проанализирована работа



неонатальных отделений за последние 2 года.

При оказании сестринской помощи новорожденным детям учитывались особенности каждого пациента, его гестационный возраст, состояние здоровья и социальная среда родителей.

В своей работе при организации ухода за больными новорожденными детьми, мы придерживались следующих принципов:

Допускали к работе здоровых медицинских сестер, имеющих личные медицинские книжки (Приказ №1240 от 31 октября 2011 года).

Обеспечивали профилактику инфекций: соблюдали последовательность движений при обработке рук согласно европейскому стандарту EN – 1500. (Приказ №111 от 23 апреля 2013 года МЗ РК).

Соблюдали правила проведения инфекционного контроля в медицинских организациях (Приказ №19 от 15 января 2013 года).

Осмотр ребенка и манипуляции проводились под источником лучистого тепла или в инкубаторе, в присутствии матери. Объясняли маме результаты проведенных исследований в доступной форме. Содержали ребенка в тепле, не давали ему переохлаждаться или перегреться. Применяли принцип тепловой цепи. При необходимости проводили оксигенотерапию. При вскармливании соблюдали «10 принципов

грудного вскармливания». Проводили профилактику боли у новорожденных детей с учетом данных формы ОП-08-1. (Лист оценки боли – для новорожденных с 32 недель гестационного возраста до 1 года). Привлекали маму к уходу за ребенком, обучали грудному вскармливанию методом видео уроков (по руководству ВОЗ ИВБДВ), соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в стационаре (Приказ №87 от 17 января 2012 г. МЗ РК). Использовали для лечения недоношенных детей с неврологической патологией – музыкотерапию. Соблюдали этику и деонтологию в работе медицинских сотрудников отделения и родителями.

В отделении улучшилось качество обследования новорожденных детей на внутриутробные инфекции, с использованием инновационных лабораторных методов исследования (ИФА, ПЦР). С целью повышения квалификации медицинских сестер проводились конференции организованные сотрудниками кафедры интернатуры и резидентуры по Педиатрии №1, на тему:

- 1.«Недоношенность – не приговор!» 14 ноября 2013 года, посвященная Международному дню Недоношенных детей.
- 2.«Роль современных технологий в снижении неонатальных потерь новорожденных с очень низкой массой тела».
- 3.Прочитана лекция доцентом Абдрахмановым





вой Г.Е. для медицинских сестер на тему: «Тепловая защита новорожденных».

В неонатальных отделениях используется современное оборудование:

- Реанимационные открытый столик для новорожденных «Draeger»;
- Реанимационный открытый комплекс для новорожденных «Panda»;
- Куветы для новорожденных «Giraff», «Draeger», «Caleo»;
- Аппараты искусственной вентиляции легких «HamiltonG5»;
- Аппарат ВЧО SLE 5000;
- Аппарат для неинвазивной вентиляции легких «Infant Flow Sipar»;
- Прикроватные мониторы «NichonKohden», «Philips»;
- Шприцевые насосы «B Braun», «SEP 10»;
- Шкаф с ламинарным потоком;

#### Источники:

1. Шарман А. – «Качество жизни здоровья и долголетия», Назарбаев университет, Центр Наук о Жизни, Астана 2011 год.
2. Н.П. Шабалов – «Неонатология» – Москва, 2006 год.
3. З.Н. Гайнутдинова – управление качеством оказания медицинской помощи в сестринской практике, журнал – Мейірім, Алматы, 2003 год.
4. Г.Е. Абдрахманова., Б.С. Арынова., и др. – Выхаживание и лечение маловесных детей с перинатальной энцефалопатией. Вестник Каз НМУ №1 – 2014 год.

- Фототерапевтическая лампа.

В результате совместной работы врачей и медицинских сестер неонатального отделения улучшилось качество выхаживания недоношенных детей в отделении в 2013 году по сравнению с 2012 годом. Уменьшилось среднее время пребывания пациента в стационаре с 17,3 до 15,3. Увеличился оборот койки в отделении с 13,2 в 2012 году до 14,2 в 2013 году.

Таким образом при соблюдении всех принципов работы медицинских сестер в неонатологических отделениях, мы добились следующих достижений – уменьшилось время пребывания больного новорожденного в стационаре и увеличился оборот койки в отделении, что способствует экономии материальных ресурсов стационара, и снижению инвалидизации в группе маловесных детей.

**Рахимова Л.Ж.**

*Начальник отдела исследований и методического обеспечения обучения менеджменту здравоохранения*

**Есполова Г.Д.**

*Ведущий специалист отдела исследований и методического обеспечения обучения менеджменту здравоохранения*

## ПРОБЛЕМЫ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА РУБЕЖОМ И В КАЗАХСТАНЕ

Отрасль здравоохранения это единая развитая, социально-ориентированная система, призванная обеспечивать своевременную, доступную, качественную и преемственную медицинскую помощь.

Лидер нации Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана Стратегия «Казахстан-2050» «Новый политический курс состоявшегося государства» указал, что здоровье нации – основа нашего успешного будущего, где подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны является обеспечение качественных и доступных медицинских услуг

В обеспечении доступности медицинских услуг в современных условиях развитие амбулаторной помощи является первоочередной задачей здравоохранения. Как известно, уровень доступности и качества медицинской помощи, эффективность деятельности системы охраны здоровья, определяется состоянием и развитием первичной медико-санитарной помощи.

В государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы предусмотрено приоритетное развитие ПМСП. В рамках быстро развивающейся реформы в сфере здравоохранения принимаются комплексные усилия по совершенствованию управления организации и финансированию медицинской помощи, в том числе по выделению дополнительных средств на развитие социально-ориентированной модели ПМСП. Тем не менее, существенная часть населения страны

продолжает испытывать серьезные трудности в доступе к качественным медицинским услугам, потребность в которых с каждым днем все больше растет.

Качество медицинской помощи это – комплекс характеристик и уровень соответствия оказанной медицинской помощи, на основе современного уровня медицинской науки и технологии, существующим потребностям и ожиданиям пациента.

Одной из основных характеристик качества медицинской помощи является доступность медицинской помощи.

Данная характеристика обозначает, что медицинская помощь не должна зависеть от географических, экономических, организационных или языковых барьеров. Географическая доступность это – наличие транспорта, расстояния, времени в пути и другие обстоятельства, которые могут препятствовать пациенту в получении необходимой медицинской помощи. Экономическая доступность – возможность получения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и ее качества независимо от материального состояния больного. Организационная доступность – оптимизация в режиме работы отдельных медицинских услуг. Например, расписание работы амбулаторно-поликлинических служб должно быть в удобное время для пациентов, и недостаточное количество вечерних приемов снижает доступность для работающих людей в течение дня. Языковая доступность – использовать в работе медицинских служб язык пациента, обращающихся за медицинской помощью и т.д.

Проблемы доступности медицинской помощи в организациях ПМСП за рубежом

Первичная медико-санитарная помощь является основой успешной деятельности системы здравоохранения и играет важную роль в обеспечении качества медицинской помощи, ее стоимости и результативности. Кроме того, первичная помощь оказывает влияние на удовлетворенность населения системой здравоохранения.

ПМСП является сердцевинной системы здравоохранения. К ее основным функциям относятся: обеспечение первичного осмотра пациента; оказание основных видов медицинской и профилактической помощи, а также реализация координационно-интегрированной системы медицинского обслуживания населения. В случае, когда система работает хорошо, каждая из этих составляющих определяет уровень показателей здоровья и экономической эффективности деятельности здравоохранения. Далее мы разберем основные проблемы первичной помощи и амбулаторного обслуживания развитых стран Фонда Содружества (2004 год), таких как Австралия, Великобритания, Новая Зеландия, Канада и Соединенные Штаты Америки.

Во всех пяти странах отмечаются недостатки в обеспечении безопасной, эффективной, пациентоориентированной, своевременной и доступной помощи.

Особенностью системы здравоохранения США является высокий процент узких специалистов (60% и более) по сравнению с врачами первичной медико-санитарной помощи, высокие показатели незастрахованных пациентов, а также большие фактические затраты в системе распределения расходов государства на здравоохранение. В Австралии, Великобритании, Новой Зеландии и Канаде ПМСП оказывают в основном врачи общей практики (ВОП) и семейные врачи, узких специалистов чуть меньше половины от общего количества врачей. Великобритания же отличается обязательной регистрацией пациентов у врачей ВОП, они обслуживают пациентов и во внерабочее время. К тому же это первая страна, которая

внедрила стимулирование врачей ПМСП на основе подушевого норматива. Также использует подушевой норматив в финансировании ПМСП Новая Зеландия. В Великобритании популярно страхование, пациенты платят мало или вообще не платят. В Канаде также пытаются полностью перейти на страхование врачебной помощи, но есть некоторые проблемы в фармацевтической деятельности. Система страхования Австралии, Новой Зеландии предусматривает разделение расходов за посещение врача, а также за другие виды медицинской помощи.

Основа ПМСП это наличие постоянного и доступного врача и места для обращения. Значительная часть взрослого населения во всех этих 5 странах имеют выбор врача или медицинского учреждения (клиника, центр здоровья или групповая практика). В Соединенных Штатах примерно один из десяти взрослых не имеют постоянного врача и бесплатного места обращения.

В Великобритании же две трети населения обследуются у одного того же врача или приходят в одно и то же учреждение более пяти лет, такая же обстановка в Австралии, Канаде и Новой Зеландии. В США только 37% населения могут себе позволить такое постоянство взаимодействия.

Также есть существенная разница в доступности медицинской помощи по времени ожидания. Большинство жителей Австралии и Новой Зеландии ответили, что они сразу попадают на прием к врачам. По сравнению с этим, только одна треть населения Канады и США ответили, что попадают на прием сразу, 25% пациентов ожидают, по крайней мере, шесть дней. В Австралии или Новой Зеландии подобных проблем почти не возникает. Объединяют все пять стран сложности в получении медицинской помощи в выходные дни, праздничные дни и в ночное время, но проблемы эти больше характерны для Соединенных Штатов.

Медицинские телефонные консультации обеспечивают доступность первичной врачебной и сестринской помощи во внерабочее время. В Великобритании существует система 24-часовых телефонных консульта-

ций по сестринской помощи. После двух лет опыта работы в Великобритании и Канаде, США тоже ввели у себя эту услугу.

Одной из причин малодоступности медицинской помощи в США является система страхования и высокие расходы населения на медицинские услуги. Большой процент незастрахованности населения приводит к тому, что многие люди при заболевании не имеют возможности обратиться к врачу, проходить необходимое обследование, и им приходится отказываться от наблюдения врача, не говоря уже о приобретении необходимых лекарств.

Такая же ситуация наблюдается и в Новой Зеландии, чем в остальных 3 странах. В Великобритании и Канаде, как упоминалось выше, вопросы доступности медицинской помощи, связанные с расходами населения, не встают остро. Австралия по данному показателю находится примерно посередине. Эта проблема больше всего характерна стране, где много малоимущих граждан, здесь опять США выходит вперед, где таких граждан 57%, в Великобритании – 12%, Канаде – 26%, Австралии – 35%, Новой Зеландии - 44 % .

Наиболее мощным инструментом политики в области здравоохранения, который используется этими странами, являются инвестиции в информационные технологии. Электронные медицинские карты и электронные системы прописывания лекарств могут снизить врачебные ошибки, периодически напоминать врачам и пациентам о профилактической помощи, а также облегчать обмен информацией между разными медицинскими учреждениями. Великобритания влила значительные инвестиции в единую информационную систему, включающую в себя как первичную медицинскую помощь, так и помощь при острых заболеваниях.

Качество и доступность медицинских услуг в Швейцарии по сравнению с другими странами выгодно отличается. Не смотря на то, что уровень жизни в Швейцарии считается дорогим, цены на лечение более доступны. Также Швейцария является одним из мировых лидеров по производству лекарств,

и в то же время, врачи стремятся не перегружать организм пациентов и обходится минимальными дозами препаратов.

В Испании государственная система здравоохранения крайне децентрализована. Испанская Конституция гарантирует все гражданам возможность бесплатного медицинского обслуживания, в том числе профилактические и реабилитационные услуги. Рычаги управления находятся в руках региональной власти. Медицинское страхование доступно почти всем. Страховка покрывает первичное медицинское обслуживание, как в стационаре, так и в амбулатории, а также неотложную медицинскую помощь. На многие услуги, например, такие как, лечение психических заболеваний и косметическая хирургия, страхование не действует.

Во Франции в связи с увеличением продолжительности жизни увеличивается соответственно количество людей преклонного возраста. В этой связи количество коек растет в медицинских учреждениях, например, таких как дом сестринского ухода. В целом в стране популярен сестринский уход на дому. Система медицинского страхования аналогична системе страхования других стран Европы. Амбулаторное обслуживание осуществляется только в частных медицинских учреждениях врачами общей практики и специалистами. Специализированная помощь, оказываемая в таких больницах более высокотехнологична, семейные врачи оказывают терапевтическую помощь в основном людям престарелого возраста.

Во всем мире нет всеобщего, равного и неограниченного доступа ко всем видам медицинских услуг. Считается, что единственным выходом из данной ситуации является сокращение расходов на неэффективные виды медицинских манипуляций и концентрация усилий на предоставление равного доступа населению к самым эффективным медицинским услугам. Такой подход к эффективному использованию ресурсов называется рационирование и применяется в разной степени во всех странах мира.

Таким образом, доступность медицинской помощи является важнейшим

условием оказания медицинской помощи населению во всем мире, отражающим как экономические возможности государства в целом, так и возможности конкретного потребителя медицинских услуг.

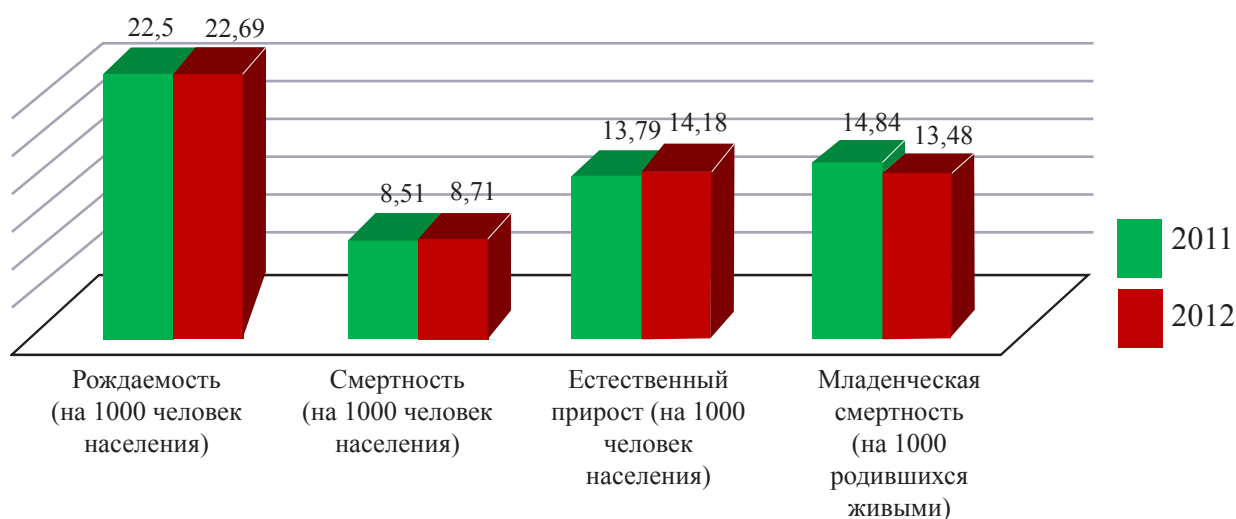
Проблемы доступности медицинской помощи в организациях ПМСП Республики Казахстан.

В рамках приоритетного направле-

ния Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» 2011-2015 гг. существенной задачей ПМСП является усиленная работа по повышению качества и доступности медицинской помощи.

По данным Агентства Республики Казахстан по статистике на 2012 год среднегодовая численность населения составляет 19791,4 тыс. человек (рисунок 1).

**Рисунок 1.**  
**Демографические показатели в стране за 2011-2012 гг.**



Число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни на 100 000 человек соответствующего населения по РК в 2012 году снизилось на 1,8% по сравнению с 2011 годом. Плановая мощность амбулаторно-поликлинических организаций (число по-

сещений в смену) в 2012 году снизилась на 0,2% по сравнению с предыдущим годом. Число посещений пациентами на уровне амбулаторно-поликлинической помощи в 2011 году составляет – 116 784 743, а 2012 году – 115 885 073, при этом отмечается сни-

**Таблица 1.**  
**Показатели здоровья населения по РК за 2011-2012 гг.**

Данные по Республике Казахстан		2011	2012
Заболеваемость населения (число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек соответствующего населения)	всего	56 195,8	55168,8
	на 10 тыс. населения	127,2	126,9
Плановая мощность амбулаторно-поликлинических организаций (число посещений в смену)	абсолютные числа	116 784 743	115 885 073
	на 1 жителя	7,1	6,9

жение на 0,8% по сравнению с предыдущим годом (таблица 1).

Деятельность самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь за 2012 год всего по республике.

Количество амбулаторно-поликлинических отделений больничных организаций, оказывающих ПМСП – 1232, из них в т.ч. центральных районных больниц – 1074, сельских участковых больниц, сельских больниц – 65, районных больниц – 60, городских больниц – 33, межрайонных больниц – 0. Общее число посещений у врачей, включая профилактических на данные организации приходится – 27 746,3 тыс., в т.ч. из сельской местности – 20844,0 тыс., на дому – 2737,8 тыс.

А общее количество самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций, оказывающих ПМСП, составляет – 701, в т.ч. врачебных амбулаторий – 512, поликлиник – 167, центров ПМСП – 17, консультативно-диагностических поликлиник и центров – 3, сельских поликлиник – 2. Число всех посещений у врачей, включая профилактических оставляет – 53 982,8 тыс., выше на – 51,4%, соответственно число занятых врачебных должностей также выше на – 49,6%, чем в амбулаторно-поликлинических отделениях больничных организаций (таблица 2).

Министерством здравоохранения РК проводится необходимая работа по совершенствованию доступности и качества оказываемой медицинской помощи населению для снижения жалоб населения на медицинский персонал.

На сегодняшний день в организациях поликлинической помощи внедрены и работают системы приема вызовов:

- предварительные записи больных на прием к врачу в условиях организации ПМСП;
- вызовы на дому путем записи, самозаписи, при их непосредственном обращении, по телефону и через веб-сайты организации ПМСП.

Для обеспечения «обратной связи» с пациентами, информирования об изменени-

ях в графике приема врачей функционируют справочные службы, отдельные регистратуры для пожилых людей. Система записи на прием к врачу считается самой оптимальной и эффективной, так как благодаря такой системе можно определить нагрузку врача и регулировать прием больных. Но в больших городах из-за большой миграции населения из других мест республики зачастую наблюдаются очереди в поликлиниках, и первые руководители данных поликлиник обязаны регулировать потоки больных для своевременного оказания медицинской помощи.

С точки зрения населения первичная медико-санитарная помощь – не в приоритете. Население теряет доверие, страдают качество и доступность услуг, оказываемых на этом участке системы здравоохранения. Все стремятся попасть сразу к узкому специалисту, желательно к тому, кто работает в НИИ или в ведущем национальном медицинском центре. Спрос порождает тренды на рынке труда, когда молодые специалисты не хотят работать в «первичном звене» и всеми силами стараются устроиться в стационар или узким специалистом в диагностические клиники. Все это понятно, но в результате мы теряем возможность предупреждать и выявлять болезни и вредные факторы образа жизни в самом начале. А ведь именно для этого существует первичный сектор – поликлиники и семейные врачебные амбулатории. Приоритеты надо менять, и как можно быстрее и действеннее. В первую очередь следует повышать мотивацию работников первичного сектора.

Внедрение Единой национальной системы здравоохранения уже продемонстрировало запланированные положительные результаты. Приоритет первичного звена постепенно возрождается. До Единой национальной системы здравоохранения существовала проблема огромного количества необоснованной госпитализации. Сегодня в стационар можно попасть только по направлению врача из поликлиники, за исключением экстренных случаев. Но, важно, не сделать перекоп в сторону ограничения доступности стационарной помощи, а сни-

жать в ней потребность путем развития своевременной и качественной диагностики и лечения в условиях поликлиники и дневных стационаров, за исключением тяжелых заболеваний, требующих круглосуточного наблюдения в больнице и проведения хирургических манипуляций. Это общепринятая мировая практика. Поэтому очень важно для ускорения этого процесса развивать частные поликлиники, чтобы у населения был выбор, и оно могло получить всю необходимую помощь там, где ему удобно.

Таким образом, гарантированный объем бесплатной медицинской помощи является, прежде всего, отражением социальных приоритетов и соответственных гарантий государства своим гражданам. Это стержень казахстанской бюджетной модели здравоохранения и его надо совершенствовать. Причем, необходимо, чтобы граждане не просто могли получать широкий объем услуг за счет государства, но и создавать и поддерживать мотивацию на укрепление здоровья и профилактику болезни.

#### Источники:

1. Послание Лидера нации Назарбаев Н.А. народу Казахстана Стратегия «Казахстан-2050» «Новый политический курс состоявшегося государства».
2. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.
3. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т. В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Журнал «Медицинские новости», М. – 2009. – №12. – С 45-48.
4. Бойко А.Т. Качество и стандарты медицинской помощи (понятие и принципиальные основы) //maps.spb.ru/ordinator/addelmen
5. <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=4477>
6. Гришин В.В., Киселев А.А., Кардашев В.Л., и др. Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира. – М., 2005. – С. 62.
7. Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А., Пудовкина Н.А., Потылицына Л.К. Система контроля качества медицинской помощи. // Ж. Медицинское страхование. 2006. – № 1-2 (13-14). – С. 47-51.
8. Первая помощь. Словарь медицинских терминов. Проверено 27 июня 2009. Архивировано из первоисточника 28 августа 2011.
9. Первичная медико-санитарная помощь / Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6-12 сентября 1978 г. – Женева, Нью-Йорк, 1978. – 68 с.
10. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для студентов медвузов под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 528 с.;
11. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. – 512 с.
12. Методические рекомендации кафедры. Основные вопросы организации лечебно-профилактической помощи городскому населению.
13. Степанов В.В. Организация работы ЛПУ / В.В. Степанов. – М.: МУФЭР, 2006. – 463 с.
14. Руководство по ПМСП приложением на диске / главн. ред. Баранов А.А. и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 154 с.
15. <http://www.commonwealthfund.org/publications/surveys> Опрос Фонда Содружества «Международная политика здравоохранения: опыт оказания с первичной медицинской помощи взрослому населению», 2004.
16. <http://www.internations.org/switzerland-expats/guide/living-in-switzerland-15504/healthcare-in-switzerland-2>
17. See Civitas Healthcare Systems: The Netherlands. <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/netherlands.pdf>
18. Deloitte Center for Health Solutions 2010 Survey: Health Care Consumers in Switzerland. [http://www.deloitte.com/view/en\\_US/us/Industries/US-federal-government/center-for-health-solutions/health-care-consumerism/0db53922bdeb7210VgnVCM200000bb42f00aRCRD.htm](http://www.deloitte.com/view/en_US/us/Industries/US-federal-government/center-for-health-solutions/health-care-consumerism/0db53922bdeb7210VgnVCM200000bb42f00aRCRD.htm)
19. The New York Times, by Nelson Shwartz 2009
20. <http://www.expattarrivals.com/spain/healthcare-in-spain>
21. <http://www.medicinform.net/medmir/france.htm>
22. <http://www.french-property.com/guides/france/public-services/health/system-overview/>
23. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году // Статистический сборник. – Астана, 2013. – 316 с.
24. <http://www.zakon.kz/4562035-elzhan-birtanov-u-nashejj-mediciny.html> Елжан Биртанов: У нашей медицины блестящие перспективы.



## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЭКОНОМИКАСЫ ЖӘНЕ ҚАРАЖАТТЫ МЕҢГЕРУ/ ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ

**Касымжанова Ж. К.**

*Начальник Управления здравоохранения г. Алматы*

### ЕДИНАЯ НАЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КАК ВОЗМОЖНОСТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОТРАСЛЕВОГО МЕНЕДЖМЕНТА И ПОВЫШЕНИЯ ПРЕСТИЖА МЕДИЦИНСКОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ В ОБЩЕСТВЕ

**Аталуы:** Денсаулық сақтау саласы менеджментін жетілдіру және қоғамдағы медициналық мамандықтың беделін арттыру мүмкіндігі ретіндегі Денсаулық сақтау саласының Бірыңғай Ұлттық жүйесі

**Авторлары:** **Ж. К. Қасымжанова;** *Алматы қаласы денсаулық сақтау басқармасының бастығы*

**Түйіндеме:** Қазіргі дәрігер Қазақстанның фармацевтикалық нарығында бар дәрілік заттар туралы әжептәуір толық ақпаратты білуі тиіс, дәрілік заттардың қауіпсіздігін бақылау жүйесі туралы түсінігінің болуы және қандай да бір дәрілік затты тағайындағанда дұрыс шешім қабылдай білуі тиіс. Тұтынушылар мен дәріні тағайындайтын дәрігерлер дәріні ұтымдырақ пайдалануға қолжеткізудегі өз талаптарына абай болулары тиіс. Біздің елімізде денсаулық сақтау секторы ұлттық басымдықтар қатарына жатады және Мемлекет басшысының ерекше назарында. Дәрілік заттардың сапасын қамтамасыз етуді, қауіпсіздігі мен тиімділігін бақылау үшін Қазақстанда денсаулық сақтаудың бірыңғай саясатын анықтауға және басқаруға мүмкіндік беретін, халықаралық деңгейдегі танымал жүйелермен үйлесітірілген бірыңғай тұтас жүйе құрылған. Фармацевтикалық нарықта дәрілердің айналымын мемлекеттік бақылау жүйесі дәрінің сапасын, оның барлық өмірлік циклінде – өндірілгеннен бастап соңғы тұтынушыға дейін қамтамасыз ететін барлық элементтерді қамтиды және бүкіл процесс Қазақстан Республикасының заңнамаларымен регламенттелген

**Title:** Uniform National health system, as possibility of improvement of branch management and increase of prestige of medical speciality in society

**Authors:** **Kasymzhanova Zh. K.,** *Head of the Department of Health in Almaty*

**Abstract:** Implementation of the Unified National Health System, for example, the health of the city of Almaty, convincingly demonstrates growth of management in health care organizations, promotes the motivation of health workers to improve the accessibility and quality of care, increases the prestige of medical specialties in the community and has a positive impact on the basic indicators of health

Реализуя поручения Главы государства и Государственную программу развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан», медицинские организации страны в рамках Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) ориентированы на совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи. Эти действия не направлены на поддержание мощности сети здравоохранения, как это было до 2010 года, а способствуют повышению эффективности системы охраны здоровья населения,

улучшению основных индикаторов качества жизни казахстанцев.

**Цель проведённого анализа** – сопоставление индикаторов, характеризующих эффективность внедрения основных принципов ЕНСЗ, на примере здравоохранения города Алматы.

ЕНСЗ создала условия для конкуренции медицинских услуг. В городе Алматы государственные организации здравоохранения представлены развитой сетью городских, республиканских и ведомственных структур, частные – многообразием медицинских

центров, кабинетов и частнопрактикующих врачей. Благодаря этому идёт активное развитие конкурентной среды, когда в оказании населению медицинской помощи, в том числе в рамках гарантированного государством объёма бесплатных медицинских услуг, участвуют все составляющие рынка.

В 2014 году в городе Алматы госзаказ на оказание населению ГОБМП имеют уже 96 организаций различных форм собственности и ведомственной подчинённости, в том числе 25 частных (27%). В 2010 году из 76 участников рынка на нём присутствовало только 6 частных центров. Это, безусловно, способствует росту качества и доступности услуг здравоохранения.

Распределение госзаказа и в системе Единого плательщика, и в управлении здравоохранения города Алматы осуществляется на конкурсной основе, исходя из потенциала организаций, их сложившегося имиджа на рынке медицинских услуг, предпочтение при прочих равных условиях оказывается аккредитованным организациям.

Созданы условия для совершенствования финансового менеджмента в организациях здравоохранения страны. Переход в статус государственных коммунальных предприятий на праве хозяйственного ведения позволяет медицинским организациям укреплять финансовую самостоятельность, повышать автономность управления, обеспечивать рост навыков их руководителей по финансовому менеджменту. А создание Наблюдательных советов способствует повышению эффективности развития предприятия, обеспечивает прозрачность его деятельности, контроль за реализацией бизнес-плана, Плана развития предприятия, Коллективного договора.

По городу Алматы количество предприятий на праве хозяйственного ведения, работающих в системе Единого плательщика, с 2010 года возросло более чем в 8 раз, с 7 до 58 (всего 66 организаций на начало 2014 года из 83-х и 67 на данное время). Используются такие возможности повышения финансовой устойчивости предприятий, как сокращение и перепрофилирование коечно-

го фонда. Общее число коек круглосуточного пребывания в городских медицинских организациях с 2010 года, несмотря на рост численности постоянного населения города, роста обращаемости пациентов из регионов страны, в том числе в рамках свободного выбора стационара при плановой госпитализации, сокращено на 6%, обеспеченность населения города больничными койками снижена на 12%, потребление населением стационарной помощи (число пролеченных в стационаре на 1000 нас.) только за 2013 год снижено на 10%.

При этом число коек для стационарозамещающей помощи с 2010 года возросло на 64%, это повышает доступность ГОБМП без снижения его качества за счёт адекватного финансирования услуг дневных стационаров. Финансирование стационарозамещающей помощи по городским медицинским организациям г. Алматы в условиях ЕНСЗ увеличилось в 13 раз: со 149,0 млн.т. в 2009 году до 1 млрд. 917,1 млн.т. в 2014 году.

У медицинских организаций, работающих в системе Единого плательщика, появилась возможность целенаправленной модернизации через систему лизинга. Это способствует повышению качества медицинских услуг, развитию высокотехнологичных форм помощи. Год от года объём закупаемого по лизингу оборудования растёт, используют эту форму укрепления диагностического и лечебного потенциала Городские клинические больницы №1, №5, №7, но необходимо развивать это направление ещё более активно, возмещая Единому плательщику средства за счёт оказываемого объёма медицинских услуг.

В 2014 году, с внедрением Комплексного подушевого норматива, как формы финансирования первичной медико-санитарной помощи населению страны за счёт средств республиканского бюджета, возросли требования к финансовому менеджменту и в первичном звене. Являясь фандоержателем и заключая договора субподряда на консультативно-диагностические услуги прикрепленному населению, руководитель организации ПМСП очень взве-

шенно подходит к их объёму, обоснованности, стремится развивать их спектр и наращивать объём на базе своей организации.

Для повышения качества медицинской помощи, согласно концепции ЕНСЗ, используются и такие формы финансового менеджмента, как экономические санкции по результатам контроля экспертов территориальных департаментов Комитетов Министерства здравоохранения Республики Казахстан. И задача руководителей медицинских организаций – нивелировать риски формирования штрафных санкций, снижать финансовые потери.

В условиях ЕНСЗ реализуется комплекс мер по расширению прав медицинских работников и повышению их социального статуса и престижа в обществе. За счёт финансовых средств, предусмотренных в СКПН (10% от общей суммы), КПН (не менее 5% от общей суммы), возмещаемых затратах за оказание стационарной помощи (обучение не менее 20% работающих специалистов в год) обеспечена регулярная последипломная подготовка кадров на местных базах, непрерывное образование с участием зарубежных специалистов на местах, целевая стажировка за рубежом. В 2012 году на обучение за счёт СКПН выделено 75,9 млн.т. В 2013 году за счёт СКПН выделено на обучение 69,9 млн.т., обучено 1753 специалистов, по 036 программе – 1153 специалистов (22% от общего количества) на сумму 72,4 тыс. тенге.

Для мотивации и закрепления кадров в государственных медицинских организациях согласно постановлению акимата осуществляются ежемесячные доплаты в размере базового должностного оклада лучшим специалистам в текущем году. В 2013 году доплату получали 194 специалиста (2011 г. – 213, 2012 г. – 237). Практикуются поощрения победителей и номинантов городского конкурса на звание «Лучший в профессии», информация о них в средствах массовой информации. Заслуженные специалисты отмечаются почётными званиями и наградами.

С 2012 года инициирована и поддерживается такая современная форма информирования населения и формиро-

вания положительного имиджа лучших специалистов городского здравоохранения – победителей городских конкурсов, уникальных специалистов в области высоких технологий, успешных руководителей организаций здравоохранения, практикующих участковых врачей, как размещение их портретов, информации о заслугах на билбордах в оживлённых общественных местах, вдоль автомагистралей, что имеет положительный общественный резонанс.

Имиджевые публикации о достойных представителях и медицинских коллективах на информационных порталах, сайтах организаций здравоохранения, в средствах массовой информации, повышают престиж медицинской профессии, способствуют здоровой профессиональной конкуренции и профессиональной ориентации молодёжи. В медицинских организациях города снят ряд телевизионных художественных фильмов, репортажей о буднях медицинских работников, их ответственности и самоотверженности.

Повышению престижа медицинской специальности способствует совершенствование системы оплаты труда медицинских работников. ЕНСЗ позволяет в полной мере использовать возможности по материальной мотивации специалистов за объём и качество оказываемых медицинских услуг. Созданы условия для внедрения дифференцированной оплаты труда для всего персонала, так как действующая система финансирования ориентирована на конечный результат и стимулирует эффективное использование ресурсов, в том числе за счет внедрения ресурсосберегающих технологий. На фоне системных мер по укреплению и совершенствованию службы ПМСП обеспечено внедрение стимулирующего компонента к подушевому нормативу финансирования для мотивации участковых специалистов, психологов и социальных работников ПМСП.

В 2012 году произведены стимулирующие выплаты в 41 медицинской организации на сумму 700,2 млн.т. С учетом дифференцированной оплаты средняя заработная плата на 1 врача составила 115,9 тыс.т., на 1 среднего медицинского работника – 91,6 тыс.т., на

1 младшего и прочего персонала – 65,7 тыс.т.

В 2013 году уже в 54 городских медицинских организациях произведены стимулирующие выплаты на сумму 1 млрд. 293 млн. 659 тыс.т. Это – городские организации, где реально внедрены эффективный менеджмент и система ресурсосбережения. Получали дифоплату в 2013 году 2303 врача, 4064 специалистов среднего звена и 3842 специалистов младшего и прочего персонала.

Для стимулирования качества оказания первичной медико-санитарной помощи, закрепления в поликлиниках города участковых врачей и медсестёр внедрён дополнительный стимулирующий компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи (СКПН). В 2012 году на эти цели Министерством здравоохранения РК из средств республиканского бюджета выделено 759,4 млн.т., получили СКПН 812 врачей, в среднем на 1 врача выплаты к основному окладу составили 87,7 тыс.т. в квартал, и 1519 среднего медперсонала, на 1 СМП – 49,4 тыс.т., 91 соцработник, на 1 соцработника – 56,6 тыс.т.

В 2013 году сумма СКПН, исходя из достигнутых индикаторов, уменьшилась до 696,0 млн.т. В среднем ежеквартальные стимулирующие выплаты к основному окладу на 1 врача составили 73 266 тенге, среднего медработника – 52 899 тенге, психологов и соцработников – 32 499 тенге. За счёт этого, средняя заработная плата в организациях ПМСП в 2013 году составила: у участковых врачей – 119 690,0 тенге с приростом к уровню 2011 года на 19,5%, участковых медсестер – 84 937 тенге (+26,2%). В 2014 году, с введением КПН, заработная плата участковых врачей возрастёт до 178 983 тенге, участковых медсестер – до 117 535 тенге.

Дальнейшее развитие ЕНСЗ будет идти в направлении внедрения информационной системы управления качеством медицинских услуг и усиления экономического воздействия за допущенные дефекты.

Внедрение ЕНСЗ оказало положительное влияние и на человеческий капитал.

В городе Алматы за последние 5 лет значительно улучшены основные индикаторы здоровья населения:

- Ожидаемая продолжительность жизни возросла с 71,27 до 73,66 лет, это продлило жизнь горожан на 2,39 года, и превысило уровень республики более чем на 3 года жизни (РК – 70,45 лет).

- Рождаемость населения с 2011 года со стойкой тенденцией роста (+4%, с 17,69 до 18,39 на 1000 нас.). Это позволило увеличить численность населения города до 1,5 миллионов человек.

- Общая смертность алматинцев последовательно снижается с 2010 года, в целом за 5 лет показатель улучшен на 12% (с 8,1 до 7,16 на 1000 нас.) и ниже средне республиканского уровня.

- Естественный прирост горожан нарастает с 2011 года (+16%, с 9,66 до 11,23 на 1000 нас.).

- Показатель материнской смертности снижен более чем в 3 раза (с 31,7 до 10,2 на 100 тыс. живорожденных) и ниже республиканского показателя на 19% (РК – 12,6). Это означает 7 спасённых жизней матерей ежегодно.

- Показатель младенческой смертности снижен в 1,7 раз (с 16,1 до 9,6 на 1000 живорожденных) и ниже республиканского уровня на 14% (РК – 11,2).

- Показатель заболеваемости туберкулезом снижен на 26% (с 75,4 до 56,0 на 100 тыс. нас.), ниже республиканского показателя на 14% (РК – 73,5), что позволило уберечь от данного заболевания свыше 900 горожан.

- Показатель смертности от туберкулеза снижен на 39% (с 8,0 до 4,9 на 100 тыс. нас.), ниже республиканского показателя на 12% (РК – 5,6). Это позволило сохранить жизни 190 человек.

Реализуемые системой здравоохранения принципы ЕНСЗ создают условия для конкуренции на рынке медицинских услуг, способствуют совершенствованию менеджмента, расширяют права и ответственность медицинских работников. Всё это в конечном итоге позитивно влияет на индикаторы эффективности охраны здоровья населения.

Учитывая вышеизложенное, необходимо продолжать практическое внедрение и совершенствование ЕНСЗ, мониторингование и оценку результатов.

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ САПАСЫН БАҒАЛАУ/  
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**Аманов А.***Главный врач, к.м.н.***Аяганова А.***Заместитель главного врача по контролю за качеством медицинских услуг, м.м.н.  
ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №4» г. Алматы*УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ НА ОСНОВЕ СТАНДАРТОВ  
ISO 9001-2008**Аталуы:** ISO 9001-2008 стандарттарының негізінде сапаны басқару**Авторлары:** **Аманов А.** *Бас дәрігер, м.ғ.к.*; **Аяганова А.** *Бас дәрігердің МҚСБ жөніндегі орынбасары, м.ғ.м.№4 Қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласының Денсаулық сақтау басқармасы***Түйіндеме:** 9000 сериясының ISO халықаралық стандарттарының талаптарына негізделген сапа менеджментінің жүйесі жалпы медициналық қызмет көрсету және медициналық ұйым қызметінің сапасын жақсартудың тиімді басқару құралы болып табылуы ықтимал. ҚР ИСО 9001-2009 СТ сәйкес, сапа менеджменті сапаға қолданылатын ұйым басқармасы мен басшылығы бойынша үйлестірілген қызмет деп түсініледі. Сапа менеджментінің жүйесі ұйым басшылығымен тұжырымдалған, максаттарға жету үшін жағдайды қамтамасыздандыратын, құжаттар мен үдерістерді, ресурстарды, өзара байланысқан және өзара әрекеттес құрылымдардың жиынтығы болып табылады**Title:** Quality management based on ISO 9001-2008 standards**Authors:** **Amanov A.**, *Chief Physician MD*; **Ayaganova A.**, *Deputy Chief of KKMU, m.m.n., City Clinical Hospital № 4 Health Administration of Almaty***Abstract:** A quality management system based on the requirements of ISO 9000 international standards could be an effective managerial tool for improvement of the medical services quality and activities of a medical organization as a whole. According to ISO 9001-2009 RK Standard quality managements means coordinated activities on management of an organization in respect of quality. Quality management system is an aggregate of interrelated and interacting structures, resources, processes and documentation securing the conditions necessary for achievement of objections established by the management of an organization

**П**ереход Казахстана к рыночной экономике определил новые условия для деятельности отечественных фирм, предприятий, организаций, в том числе и медицинских, не только на внутреннем рынке, но и на внешнем. Право предприятий на самостоятельность не означает вседозволенности в решениях, а заставляет изучать, знать и применять в своей практике принятые во всем мире «правила игры». Международное сотрудничество по любым направлениям и на любом уровне требу-

ет гармонизации этих правил с международными и национальными нормами [1].

Так, в современных условиях проводимых реформ в сфере здравоохранения Казахстана, становление и поддержание конкурентоспособности медицинских организаций в значительной степени зависит от улучшения качества оказания медицинских услуг. Управление же качеством, это ни что иное как управление предприятием, поскольку уровень управления предприятием напрямую влияет на качество производимой

продукции, а в медицинских организациях – на качество предоставляемых услуг.

В настоящее время в республике растёт потребность общества в получении качественных медицинских услуг, в связи с чем, политика государства, направлена на радикальное решение задач, направленных на повышение качества медицинского обслуживания. Это и стало предпосылками внедрения системы аккредитации и менеджмента качества в системе здравоохранения Казахстана.

В стране активно внедряются и совершенствуются службы управления качеством на уровне медицинской организации (внутренний аудит), ведётся работа по повышению качества клинической практики, внедряется система оценки медицинских технологий (на основе стандартизации, внедрения принципов доказательной медицины), развиваются пациентоориентированные технологии. Данные положения отражены в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан № 1113 от 29 ноября 2010 года [2].

Логическим продолжением внедрения современных технологий управления качеством явилась аккредитация субъектов здравоохранения на основе как национальных, так и международных стандартов.

Эффективным управленческим инструментом улучшения качества оказания медицинских услуг и деятельности медицинской организации в целом может явиться система менеджмента качества, основанная на требованиях международных стандартов ISO серии 9000. В Республике Казахстан данный стандарт принят и утвержден к применению как стандарт СТ РК ИСО 9001-2009 «Система менеджмента качества. Требования».

Согласно СТ РК ИСО 9001-2009, под менеджментом качества понимается скоординированная деятельность по руководству и управлению организацией применительно к качеству [1]. Система менеджмента качества является совокупностью взаимосвязанных и взаимодействующих структур, ресурсов, процессов и документации, обеспечиваю-

щих условия для достижения целей, сформулированных руководством организации.

В основу требований стандарта СТ РК ИСО 9001-2009 положены фундаментальные принципы менеджмента качества. Применение этих принципов менеджмента рассматривается как новый инструмент совершенствования управления организацией.

Организация зависит от своих потребителей и поэтому должна понимать текущие и будущие потребности потребителя, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания.

Обязательными условиями эффективности и результативности внедрения системы менеджмента качества является личное руководство процессами внедрения первым руководителем и руководителями структурных подразделений. Руководитель обеспечивает единство цели и направления деятельности организации, соответственно для этого и принимается стратегическое решение о создании системы менеджмента качества, создается и поддерживается внутренняя среда, в которой работники могут быть полностью вовлечены в решение задач организации [1].

Обязанности по управлению качеством лежат на всех уровнях администрации, но управлять им должно высшее руководство, так как система управления качеством – это инструмент, с помощью которого руководитель реализует свою ответственность [1].

За годы внедрения Единой национальной системы здравоохранения в республике Казахстан создана современная и конкурентоспособная система финансирования и оплаты медицинских услуг, оптимальная и эффективная система управления здравоохранением, соответствующая международным стандартам. Многие организации здравоохранения перешли на право хозяйственного ведения, прошли процедуру национальной аккредитации, тем самым подтверждая соответствие установленным стандартам.

Городская клиническая больница №4 города Алматы в 2010 году прошла процедуру аккредитации на соответствие национальным стандартам и получила сертификат на 4 года.

В 2012 году в рамках госпрограммы Президента РК «100 школ, 100 больниц» в строй введено новое здание больницы на 300 коек с полной комплектацией современным оборудованием. Площадь нового здания составляет 48.852 кв.м. и представлена 7-ю блоками по 4 этажа. В больнице были созданы все условия для пациента и сотрудников, что немаловажно для оказания качественной медицинской помощи. Новая больница оснащена 15 современными операционными, диагностической аппаратурой и оборудованием, включая дорогостоящие методы исследования, такие как компьютерная томография и магнитно-резонансная томография [3].

Имея профессиональный врачебный и средний медицинский персонал, клинику, оснащенную современным оборудованием, в 2012 году руководство приняло решение подать заявку на прохождение международной сертификации на соответствие стандартам ISO 9001:2008. Подготовка к такому процессу велась интенсивными темпами сотрудниками всех уровней, основываясь на приоритетных задачах администрации больницы по совершенствованию и модернизации системы менеджмента.

Пройдя процедуру аудита со стороны аккредитованного органа по сертификации систем менеджмента, городская клиническая больница №4 г. Алматы – первая среди лечебных учреждений города прошла процедуру международной сертификации ISO 9001:2008, тем самым подтвердив свою конкурентоспособность и повысив инвестиционную привлекательность, как бизнес-объект, что открывает для многих финансовых институтов возможность вливания средств.

После получения свидетельства о соответствии международным стандартам ISO 9001:2008 осуществление деятельности клиники посредством выполнения государственного заказа в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и предоставления платных услуг на основе юридического статуса предприятия на праве хозяйственного ведения приобрело новый облик.

Сертифицированная система менеджмента

качества Городской клинической больницы №4 города Алматы заложила предпосылки для дальнейшего успешного развития. В целях реализации системы менеджмента качества в больнице была утверждена Политика в области качества, приоритетами которой в области качества являются: повышение уровня профессионализма и квалификации персонала, обеспечение материально-технической оснащенности, внедрение современных технологий управления процессами и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов диагностики и лечения [4]. В процессе обеспечения качества медицинских услуг персонал клиники использует Руководство по качеству. Разработаны соответствующие инструкции, стандарты операционных процедур, алгоритмы. Разработана программа по управлению рисками, большое значение уделяется безопасности пациентов и сотрудников клиники.

С 2013 года в штат больницы введена должность заместителя главного врача по контролю качества медицинских услуг, который возглавляет службу внутреннего аудита. При службе внутреннего аудита функционирует Совет по управлению качеством, который регулярно мониторирует, анализирует и предоставляет руководителю предложения, направленные на повышение качества оказываемых медицинских услуг в организации.

Кроме этого, в ГКБ №4 определены и осуществляются мероприятия по поддержанию связи с пациентами: на стендах имеется информация о правах и обязанностях пациента на государственном и русском языках, работает телефон доверия, обновлен сайт больницы, где у населения есть возможность записаться на приём к врачу, задать онлайн вопрос как администрации больницы, так и напрямую главному врачу.

С целью эффективного использования коечного фонда на основе анализа его использования в клинике ежегодно предпринимаются меры по оптимизации коечного фонда в зависимости от потребности. При этом определяются возможности оказания стационарной помощи по каждому профилю коек с учетом имеющихся материальных и

кадровых ресурсов. Проведение такого анализа и принятие указанных мер позволяет администрации обеспечить интенсификацию использования коек.

В настоящее время в Казахстане создаются все условия для развития высоких технологий и внедрения инноваций. В городской клинической больнице №4 высокоспециализированная медицинская помощь оказывается по следующим профилям: травматология, хирургия, урология, гинекология. По итогам 2013 года клиника занимает одно из лидирующих позиций по

республике по количеству оказанной высокоспециализированной медицинской помощи в травматологии и ортопедии.

Таким образом, задачи, поставленные Министерством здравоохранения РК, перед медицинскими организациями – эффективное достижение цели путём повышения качества оказываемой медицинской помощи и рационального использования ресурсов, реализовываются в полной мере, в том числе и посредством эффективно созданной системы управления качеством на основе как национальных, так и международных стандартов.

#### **Источники:**

1. Управление качеством на основе стандартов СТ РК ИСО 9000, методическое пособие / Костанай. – 2011 год
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан № 1113 от 29 ноября 2010 года
3. Анализ деятельности ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №4» за 2013 год / Алматы. 2014
4. Руководство по качеству ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №4» города Алматы. 2012
5. СТ РК ИСО 9000-2007 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь
6. Шатаева Н.М. «Система менеджмента качества на основе международных стандартов в медицинских учреждениях»



**Терекулова А. К.**

*Руководитель Управления аттестации, аккредитации и лицензирования*

**Рахимжанова А. Т.**

*Главный эксперт Управления аттестации, аккредитации и лицензирования*

*Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности*

*Министерство здравоохранения Республики Казахстан*

**Каупбаева Б. Т.**

*Руководитель Центра аккредитации*

**Жабыкова С. К.**

*Ведущий специалист Центра аккредитации*

*РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК*

**Азанова Г. Ю.**

*Заместитель главного врача по лечебной работе*

*ГКП «Городская больница г. Текели»*

## ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЧЕРЕЗ ВНЕДРЕНИЕ СТАНДАРТОВ АККРЕДИТАЦИИ

**Аталуы:** Аккредиттеу стандарттарын енгізу арқылы медициналық көмектің сапасын арттыру

**Авторлары:** **Терекулова А. К.** ҚР ДСМ Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетінің Аттестаттау, аккредиттеу және лицензиялау басқармасының басшысы;

**Рақымжанова А. Т.** ҚР ДСМ Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетінің Аттестаттау, аккредиттеу және лицензиялау басқармасының бас сарапшысы;

**Қауіпбаева Б. Т.** ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК Аккредиттеу орталығының басшысы; **Жабықова С. К.** ҚР ДСМ

«Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК Аккредиттеу орталығының жетекші маманы; **Азанова Г. Ю.** «Текелі қаласының қалалық ауруханасы» МҚК Бас дәрігерінің емдеу жұмыстары жөніндегі орынбасары

**Түйіндеме:** Басымдыққа ие мәселелердің бірі медициналық көмектің сапасын жетілдіру, оны

бақылау және өлшеу мүмкіндігі болып табылады. Медициналық көмекті жетілдіру аккредиттеу стандарттарын енгізу арқылы мүмкін болады. Индикаторлар аккредиттеу стандарттарының құрамдас бөлігі болып табылады. Аккредиттеу стандарттарының индикаторлары ДДҰ-мен ұсынылған. Аккредиттеу стандарттарының индикаторларын енгізу медициналық көмек көрсету сапасын бағалауға мүмкіндік береді. Осылайша, емделушінің қауіпсіздігіне тікелей қатысы бар, CSIN консультанттарымен ұсынылған аккредиттеу стандарттарының индикаторларын мониторингтеу сыртқы және ішкі индикаторларға қосымша, медициналық көмек көрсету сапасын бағалауға мүмкіндік береді.

**Title:** Improving quality of care through the introduction of accreditation standards

**Authors:** Terekulova A. K., Rakhimzhanova A. T., Kaupbayeva B. T., Zhabaykova S. K., Azanova G. Y.

**Abstract:** One of the priorities is to improve the quality of care, the possibility of controlling and measuring. Improving health care is possible through the introduction of accreditation standards. Indicators are an integral part of the accreditation standards. Indicators accreditation standards recommended by WHO. Implementation indicators accreditation standards allow the quality of care. Thus, monitoring of indicators of accreditation standards that are directly related to patient safety, the consultants recommended CSIN, allows to evaluate the quality of medical care, in addition to internal and external indicators.



**П**роблема качества медицинской помощи и безопасности пациентов в настоящее время является одной из наиболее важных в здравоохранении. Аккредитация дает возможность потребителям медицинских услуг отдавать предпочтение в пользу аккредитованной медицинской организации для получения медицинской помощи в условиях свободного выбора.

Аккредитация будет способствовать позиционированию медицинских организаций, как организации, в которой соблюдаются все требования по безопасности пациентов и сотрудников, по правам пациентов, делопроизводству, инфекционному контролю, управлению материальными ресурсами и персоналом.

Какое значение имеет аккредитация при выборе клиники?

Вы хотите быть уверены в качестве предоставляемых услуг и безопасности, особенно, если речь идет о здоровье. Аккредитация призвана помочь пациентам разобраться в многообразии клиник и врачей и обеспечить единое качественное обслуживание. В нашей стране внедряются современные механизмы управления качеством медицинских услуг. Одним из основных механизмов управления качеством медицинских услуг

является аккредитация. Согласно Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», аккредитованные организации пользуются правом преимущества при размещении государственного заказа на оказание услуг в рамках ГОБМП.

### Преимущества аккредитации:

Для пациентов это гарантированное качество и безопасность. Для медицинской организации – это признание успешной работы клиники и высокий уровень доверия к компетенции и опыту врачей.

Национальные стандарты аккредитации в 2012 году обновлены с учетом требований Международного общества по качеству в здравоохранении (ISQua) и отвечают следующим требованиям:

- акцент на пациента (соблюдение прав пациента, активное участие пациента в лечебно-диагностическом процессе);
- четкость процессов управления;
- четкая организация системы обеспечения безопасности и качества медицинской помощи;
- непрерывное профессиональное усовершенствование персонала;
- четкая система внутренних и внешних связей.

Национальные стандарты аккреди-

тации для медицинских организаций, оказывающих стационарную, амбулаторно-поликлиническую, скорую медицинскую помощь, утверждены приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября № 676.

Совершенствование медицинской помощи возможно также через внедрение индикаторов стандартов аккредитации. Индикаторы являются частью стандартов аккредитации. По рекомендации консультантов CSIN, 12 индикаторов, имеющих непосредственное отношение к безопасности пациента (необходимое условие для качественного ухода), включены в структуру стандартов аккредитации.

Для чего используются индикаторы?

- используются для отслеживания улучшения деятельности;
- измерения ежедневных процедур;
- определения стратегического направления;
- сравнения производительности установленной нормы;
- отражения достижения позитивных результатов;
- получения экономической выгоды от полученных результатов.

Как можно измерить через индикаторы стандартов аккредитации качество оказания медицинской помощи?

Мониторинг индикаторов важен для оценки деятельности медицинской организации в целом, так и для анализа деятельности структурных подразделений. Для оценки качества медицинского процесса необходимо получение объективных количественных данных. В этих целях используются числовые показатели-индикаторы качества. «Индикатор – это количественный показатель, отражающий структуру, процесс или результат медицинской помощи» А. Донабедиан (1990). Индикаторы качества отражают качество структуры, процесса и результата.

Структура индикатора включает:

- наименование индикатора;
- единица измерения;
- периодичность информации;
- источник информации;
- пороговое значение.

Формула расчета коэффициента:

$$K = A \div B \times 100 \text{ где:}$$

K - коэффициент;

A - событие или наблюдения, которое отслеживается;

B - численность базы, из которой этот показатель рассчитывается.

Пример расчета коэффициента: (стандарт 21.6)

Коэффициент ошибок при назначении и предоставлении медикаментов (неправильное лекарство, неверная доза, неверное применение):

- 1) оценивается за определенный период времени;
- 2) анализируется для возможных действий;
- 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.

Коэффициент =

**Числитель:** Количество выявленных ошибок, связанных с назначением и предоставлением медикаментов за определенный период времени  $\times 100$ .

**Знаменатель:** Общее количество случаев подлежащих аудиту за определенный период времени, при назначении и раздаче медикаментов.

Для успешного использования индикаторов, необходимо обеспечить регистрацию ошибок. Международный опыт показывает, что многие испытывают сильное нежелание вести записи ошибок, так как совершение ошибки ассоциируется с какой-либо формой наказания. В связи с чем, в данных по медикаментозным ошибкам часто занижается действительное количество ошибок. В организациях должна быть сформирована культура отчетности (где угроза наказания сводится к минимуму).

Для того чтобы правильно рассчитать и использовать данный индикатор, необходимо:

1. Поощрение ведения записей всех ошибок;
2. Стремление избегать применения наказаний за ошибку (за исключением случаев проявления крайней халатности);
3. Наличие достоверно составленного журнала ошибок.

**Таблица 1.**  
**Индикаторы стандартов аккредитации (стационар)**

<b>Наименование индикаторов</b>	<b>Числитель (А)</b>	<b>Знаменатель (В)</b>
Коэффициент персонала, прошедшего обучение по гигиене рук	Количество персонала, прошедшего обучение по гигиене рук, за определенный период времени×100	Общее количество персонала
Коэффициент реализации соответствующей практики гигиены рук целевой группы организации	Количество реализации соответствующей практики гигиены рук целевой группы организации	Общее количество наблюдений в целевой группе
Идентификация пациента	Количество пациентов, у которых есть надлежащая идентификация (двойные идентификаторы)×100	Общее количество пациентов, находящихся в данный момент на лечении
Коэффициент использования проверочных листов по хирургической безопасности ВОЗ	Число использования проверочных листов по хирургической безопасности ВОЗ×100	Общее число проведенных операций за отчетный период
Коэффициент внутрибольничной инфекции	Количество зарегистрированных случаев с внутрибольничной инфекцией ×100	Количество выписанных в отчетном периоде
Коэффициент надлежащего использования профилактических антибиотиков (обязательное и своевременное введение)	Количество использования профилактических антибиотиков (обязательное и с своевременное введение)×100	Количество надлежащего использования профилактических антибиотиков (обязательное и своевременное введение)
Коэффициент ошибок, связанных с назначением и предоставлением медикамента	Количество ошибок, связанных с назначением и предоставлением медикамента за определенный период времени×100	Количество предоставленных доз медикамента за определенный период времени
Коэффициент необоснованного использования наркотических препаратов	Количество необоснованного использования наркотических препаратов×100	Общее количество использования наркотических препаратов
Уровень ошибок при передаче информации в пунктах перехода (при передаче смены, смена службы, передвижение между службами)	Количество ошибок при передаче информации в пунктах перехода (при передаче смены, смена службы, передвижение между службами)×100	Общее количество больных за отчетный период
Коэффициент медицинской документации пациентов, которые имеют ошибки	Количество медицинской документации пациентов, которые имеют ошибки×100	Общее количество медицинской документации пациентов, которые прошли аудит
Коэффициент проведенных аудитов (службой внутреннего аудита)	Количество проведенных аудитов (службой внутреннего аудита) ×100	Общее количество запланированных аудитов (службой внутреннего аудита)

### **Анализ эффективности использования индикаторов стандартов аккредитации (на примере городской больницы г. Теккели)**

Одним из важных событий 2013 года явилась аккредитация организаций здравоохранения по обновленным национальным стандартам аккредитации.

В 2013 году аккредитации подлежали 154 организации ПМСП. По результатам аккредитации, из 154 медицинских организаций были аккредитованы на 4 года только 2 медицинские организации: поликлиника № 3 г. Караганды и поликлиника №4 г. Костаная. На 2 года получили аккредитацию – 125 медицинских организаций (81%), в том числе 12 частных медицинских организаций. Одна из них – ГКП на ПХВ «Городская больница» г. Теккели.

Как же проходила подготовка к аккредитации в данной организации?

Подготовка к аккредитации по обновленным стандартам аккредитации началась в 2012 году. Эта процедура потребовала немало усилий и времени от каждого сотрудника. Понадобилось и дополнительное обучение («Проведение обучающего цикла по подготовке специалистов здравоохранения в области аккредитации», РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» 30-31 июля 2013 года).

В ходе подготовки к аккредитации возникли трудности, связанные с внедрением за короткий срок стандартов операционных процедур (СОПы) по новым пациентоориентированным стандартам аккредитации (безопасности пациентов). Вначале были разработаны СОПы с учетом рекомендаций Центра аккредитации, затем был самый сложный этап-обучение персонала и внедрение СОПов. Подготовка к аккредитации – работа коллективная. Она не может быть проведена отдельной группой людей. Необходимо, чтобы был задействован весь персонал медицинской организации, чтобы каждый сотрудник понимал значение и важность этой процедуры. Обновленные стандарты аккредитации являются пациентоориентированными и направлены на обеспечение безопас-

ности персонала, пациентов и посетителей. Внедрены пациентоориентированные стандарты по оценке боли, идентификации пациента, оценка рисков падения, управления рисками, менеджмента медикаментов.

Выполнение требований национальных стандартов – это постоянный процесс, включающий разработку документа, обучение персонала и контроль исполнения определенных требований. Основное требование стандартов – акцент на пациента. Это означает надлежащий уход, удовлетворение ожиданий пациента, минимизация ошибок в работе, предотвращение рисков в процессе оказания медицинской помощи. Для минимизации рисков и обеспечения больничной безопасности внедряются определенные стандарты работы и обеспечение общих принципов деятельности медицинской организации.

Сотрудники медицинских организаций на всех уровнях принимали участие в создании правил, инструкций, алгоритмов, руководств по клинической практике, которые необходимо разрабатывать по требованиям критериев стандартов аккредитации. Для нас важно, чтобы пациенты знали, что услуги предоставляются с соблюдением всех утвержденных нормативов, что больница несет ответственность за качество оказываемой медицинской помощи. Кроме того, факт аккредитации является мотивацией для персонала больницы. Поначалу не все сотрудники были уверены в необходимости аккредитации, но результатом всех наших усилий стало получение свидетельства об аккредитации. Это было общей победой всей команды!

Все мероприятия, проведенные в процессе подготовки к аккредитации, усовершенствования, которые были проведены при подготовке к аккредитации, помогают в повседневной работе. Сегодня все процессы четко прописаны в виде стандартов операционных процедур (СОПов) организованы, прозрачны, подконтрольны. Выполнение стандартов – это постоянный процесс обучения и контроля исполнения требований. Фокус этих стандартов – пациент. Это означает надлежащий уход, удовлетворение ожиданий

пациента, минимизация рисков. Сотрудники нацелены на качественное выполнение своей работы и постоянное улучшение деятельности. В организации функционирует служба по управлению качеством, которая проводит внутренний аудит на соответствие оказываемых медицинских услуг и мониторинг деятельности медицинской организации в целом. Разработаны внутренние индикаторы оценки качества деятельности организации по каждому структурному подразделению. В итоге, получение свидетельства об аккредитации повысило престиж нашей медицинской организации.

Для сравнения эффективности использования индикаторов аккредитации был проведен анализ 12 индикаторов, для медицинской организации, оказывающей стационарную помощь. В результате анализа индикаторов определено:

- Снижение уровня внутрибольничных инфекций – с 4% (2012 г.) – до 1% (2013 г.);
- Снижение уровня медицинских ошибок – с 4% (2012 г.) – до 1% (2013 г.);
- Увеличилось количество персонала, прошедшего обучение по гигиене рук с 75%

(2012 г.) до 95% (2013 г.);

- Увеличилось количество использования профилактических антибиотиков с 80% (2012 г.) до 95% (2013 г.);
- Улучшение менеджмента медикаментов (снижение ошибок, связанных с назначением наркотических препаратов с 3% (2012 г.) до 0,1% (2013 г.), снижение ошибок, связанных с назначением и предоставлением медикаментов с 3,1% (2012 г.) до 1% (2013 г.);
- Улучшились мероприятия по хирургической безопасности (увеличение использования листов хирургической безопасности с 73% (2012 г.) до 95% (2013 г.).

Таким образом, мониторинг индикаторов стандартов аккредитации, имеющих непосредственное отношение к безопасности пациента, рекомендованных консультантами CSIN, позволяет оценить качество оказания медицинской помощи, в дополнение к внешним и внутренним индикаторам.

Положительная динамика индикаторов стандартов аккредитации, касающихся безопасности пациентов, позволило успешно пройти аккредитацию данной организации в 2013 году.

Таблица 2.

Мониторинг индикаторов стандартов аккредитации за 2012-2013 гг.

Наименование индикатора	2012 год	2013 год
Коэффициент использования проверочных листов по хирургической безопасности	73,00%	95,00%
Коэффициент идентификации пациентов	72,00%	95,00%
Коэффициент необоснованного использования наркотических средств	3,00%	0,10%
Коэффициент ошибок при передаче информации	65,00%	95,00%
Коэффициент реализации соответствующей практики гигиены рук	75,00%	95,00%
Коэффициент проведенных аудитов (службой внутреннего аудита)	90,00%	95,00%
Коэффициент надлежащего использования профилактических антибиотиков	80,00%	95,00%
Коэффициент ошибок, связанных с назначением и предоставлением медикаментов	3,10%	1,00%
Коэффициент персонала прошедшего обучение по гигиене рук	75,00%	95,00%
Коэффициент ошибок при транспортировке больных	4,00%	1,00%
Коэффициент ошибок связанных с медицинской документацией	10,80%	1,50%
Коэффициент внутрибольничной инфекции	4,00%	1,00%

**Источники:**

1. Кодекс РК от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения»
2. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы»
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года № 1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2009 года № 1559 Об утверждении Правил аккредитации в области здравоохранения (с изменениями по состоянию на 31.08.2011 г.)
5. Приказ Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября №676 «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения»
6. Полубенцева, Е. И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: метод. рек. / Е. И. Полубенцева, Г. Э. Улумбекова, К. И. Сайткулов; АСМОК. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 60 с.
7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 февраля 2013 года № 99 «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан» от 23 июля 2010 года № 542 «Об утверждении Инструкции по проведению внешней комплексной оценки на соответствие субъектов здравоохранения стандартам аккредитации»
8. «Методическое руководство по применению обновленных стандартов аккредитации медицинских организаций в Республике Казахстан» Министерство здравоохранения Республики Казахстан. (Методическое руководство утверждено экспертным советом Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр развития здравоохранения», протокол №6 от 19 сентября 2013 года)

**Сакенов О. Б.***Руководитель Центра инвестиционных проектов***Темирбекова Г.С.***Главный специалист отдела развития ГЧП**РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК*

## МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ГЧП В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Аталуы:** Денсаулық сақтау саласындағы МЖӘ халықаралық тәжірибесі**Авторлары:** **О. Б. Сәкенов**, *Инвестициялық жобалар орталығының жетекшісі*; **Г. С. Темирбекова**, *МЖӘ даму бөлімінің бас маманы***Түйіндеме:** Мемлекеттік жекеменшік әріптестік бүкіл әлемде таралған. Әрбір ел МЖӘ-нің дамуына бірегей тәжірибе жинады. Қазіргі таңда әлеуметтік салаға көп көңіл бөлінуде: білім мен денсаулық сақтау салаларына. Қазақстан МЖӘ-нің дамуына жоғары әлеуетін иелік етеді, бірақ барлық мүмкіншілігімізді болашақта бағалай аламыз.**Title:** International PPP practices in Healthcare**Authors:** **Olzhas Sakenov**, *Head of Center of investment projects*; **Temirbekova G.S.**, *Chief Expert, PPP Development Department***Abstract:** Public Private Partnership is internationally accepted practice. Each country has developed its unique PPP experience. Today the most attention is focused on social sector such as education and healthcare. Republic of Kazakhstan has a great potential for PPP development; yet we will be able to evaluate all the opportunities only in future

В последнее время в отраслях, которые раньше находились в ведении государства, происходят значительные изменения. Объекты электроэнергетики, железнодорожной отрасли, коммунального хозяйства, здравоохранения и т.д. стали передаваться во временное пользование бизнесу, при этом правительство оставило за собой право регулирования и контроля их деятельности. Объекты данных отраслей не могут быть приватизированы в силу их стратегической, экономической и социально-политической значимости, однако, и достаточного количества средств на их развитие в государственном бюджете нет. Для этих целей стал привлекаться частный капитал в форме государственно-частного партнерства (ГЧП). Нужно отметить, что практика применения механизмов ГЧП на сегодняшний день распространена во всем мире.

Центр инвестиционных проектов провел работу по изучению международного опыта в данном направлении. Как показала мировая практика, при достаточном уровне государственной поддержки проекты ГЧП становятся объектом интереса со сторо-

ны частного бизнеса. Причем, наибольшее внимание инвесторов привлекают социальные сферы: образование и здравоохранение. Чаще всего, при этом используется модель «строительство – эксплуатация», при которой объект может быть передан государству как сразу после завершения строительства, так и после завершения срока контракта ГЧП. Оплата в данном случае производится в период контракта в зависимости от качества предоставляемых услуг частником.

Рассмотрим более подробно международный опыт использования ГЧП. Великобритания является первопроходцем в принятии ГЧП. Началом развития ГЧП в этой стране принято считать 1992 год, когда дефицит инвестиций в секторе здравоохранения привел к созданию Частной финансовой инициативы (ЧФИ), позволившей использовать частный капитал в государственных капиталовложениях. На сегодняшний день в стране реализовано свыше 700 ЧФИ-проектов.

Согласно механизма ЧФИ, частный партнер финансирует все расходы по строительству, поддерживает построенные сооружения в рабочем состоянии в течение



всего времени их эксплуатации (обычно 25 лет). Но при этом государство остается ответственным за предоставление услуг. Государственные органы производят расчеты с подрядчиками только после завершения строительства объектов инфраструктуры и полного их оснащения. Доход подрядчиков составляет 10–14% от затраченной суммы. Наряду с этим существуют специальные стандарты и штрафные санкции за невыполнение подрядчиками своих обязательств.

ЧФИ подразумевает частичную или полную передачу рисков частному сектору. В тех случаях, когда частный подрядчик может лучше справиться с риском, к примеру, в области строительства или предоставления услуг, такого рода ответственность возлагается на него. В ситуациях, когда считается, что частный сектор менее способен управлять рисками, например, в отношении спроса, тогда, по крайней мере, часть ответственности государственный сектор должен оставить за собой.

Что касается законодательства, в Великобритании сегодня отсутствуют специальные профильные законодательные акты, регулирующие ГЧП. Отношения, связанные с ГЧП, в значительной степени регулируются директивами ЕС о публичных контрактах и о публичных услугах, британским законодательством, принятым в соответствии с этими директивами, а также общими законами о недвижимости, договорах, проведении конкурсов, налогообложении, конкуренции и т.д.

Для поддержки ГЧП-проектов создан ряд организаций, выполняющих различные функции: от выработки политики в области ГЧП до консультационной поддержки региональных властей и инвесторов.

В Германии действует несколько иной принцип. Здесь распространена продажа государственных лечебно-профилактических учреждений инвесторам за символическую сумму. Инвестор обязуется выполнять государственный заказ. Количество частных и некоммерческих клиник в этой стране растет, хотя в год открывается лишь 2–3 новые государственные клиники.

Здесь также отсутствует отдельный

законодательный акт, регулирующий ГЧП, но в 2005 году был принят закон об ускорении ГЧП, который позволил внести ряд изменений в налоговое, антимонопольное, инвестиционное, бюджетное законодательство. В основном, проекты ГЧП реализуются на основе стандартных контрактов, при этом они меняются в зависимости от того, насколько оценены государством риски партнера и состояния его бюджета.

Для повсеместного внедрения ГЧП развита региональная сеть центров поддержки ГЧП. Также созданное в 2008 году АО «ГЧП Германии» оказывает консультационную поддержку государственным исполнительным органам по вопросам ГЧП и проводит различные исследования для улучшения условий реализации механизмов ГЧП в Германии.

В Австралии доминирует модель ГЧП, при которой частный сектор отвечает за проектирование, строительство, финансирование и эксплуатацию объекта инфраструктуры на протяжении 25–30 лет, в результате частный сектор применяет подход жизненного цикла при предоставлении услуг.

В 1990-х годах был принят ряд законов, позволяющих большее участие частного сектора. На сегодняшний день законодательная база разрешает частную собственность, управление и эксплуатацию объектов общественной инфраструктуры в широком диапазоне объектов инфраструктуры. Бухгалтерский и налоговый режим хорошо понимается инвесторами и концессионерами, что способствует долгосрочным инвестициям в инфраструктуру.

Широкое применение ГЧП по всей Австралии поддерживается Национальной политикой в сфере ГЧП и руководящими принципами, разработанной специализированной организацией Infrastructure Australia (IA) от имени федерального правительства. Отдельный федеральный министр по инфраструктуре, министры инфраструктуры в каждом штате и IA осуществляют централизованную координацию проектов.

Опыт Австралии примечателен в области информирования общественности обо всех проектах, финансируемых за счет госу-

дарственных средств. К примеру, проект по строительству дороги стоимостью 2,5 млрд. австр. долларов EastLink подробно представлен в Интернете и каждый гражданин может ознакомиться на сайте.

В Швеции ГЧП не получило широкого распространения по причине особенности шведской модели социально-экономического развития, для которой традиционна ответственность государства за обеспечение общественных услуг и функционирование общественной инфраструктуры, активно поддерживаемая правящими до 2006 года социал-демократами. Но, начиная с 2006, правоцентристские правительства воспринимают ГЧП более позитивно.

Под ГЧП в Швеции понимаются «формы кооперации между общественными институтами, осуществляющими государственные закупки, и поставщиками с целью обеспечения финансирования, сооружения, модернизации, управления или эксплуатации объектов в сфере инфраструктуры и/или предоставления услуг». Основная деятельность, осуществляемая инвесторами, это: финансирование, строительство, управление и эксплуатация.

Отношения ГЧП регулируются законодательством о государственных закупках.

Несмотря на небольшой опыт применения ГЧП, можно отметить его положительный эффект: осуществление проекта в более короткие сроки, приемлемая стоимость финансирования и четко определенная стоимость строительства, строгое разделение рисков.

Получило распространение ГЧП в странах Восточной и Центральной Европы, активно внедряется ГЧП в Азии, в особенности в Корею, Китае, на Филиппинах и в Сингапуре.

Благодаря государственной политике поддержки программ ГЧП, рынок ГЧП в Южной Корее вырос и превратился в стабильный и высоко прибыльный финансовый рынок. Контракты ГЧП в основном делятся на «строительство-передача-эксплуатация» и «строительство-передача-аренда» в зависимости от структуры проекта. При этом частный инвестор проектирует, строит и экс-

плуатирует объект в дальнейшем для возврата своих инвестиций путем сбора платежей.

Законодательно ГЧП поддерживает Закон о ГЧП, Указ по внедрению ГЧП, Базовый план ГЧП и нормативы по реализации ГЧП. Согласно Закону о ГЧП в проектах могут быть задействованы 62 вида объектов инфраструктуры в 16 отраслях экономики. Таким образом, государство намерено привлечь частный капитал в те отрасли, которые особо нуждаются в дополнительных инвестициях для общественных нужд в государственном секторе.

В данной стране развиты меры государственной поддержки в виде субсидий, гарантий, налоговых льгот, схемы разделения рисков, при котором инвестору компенсируется сумма базовой стоимости проекта и проценты по государственным облигациям в пределах той стоимости, которая была бы при государственном финансировании.

Становление ГЧП в России связано с транспортным комплексом и лишь постепенно такое партнерство стало распространяться на остальные отрасли производственной инфраструктуры, промышленность и энергетику. В настоящее время на стадии реализации 79 концессионных проектов. Чаще всего в концессию передают автодороги, около трети концессий в социальной сфере, чаще всего в здравоохранении.

Основной закон, регулирующий ГЧП в России - ЗАКОН «о концессионных соглашениях». В тоже время, в регионах стало формироваться собственное законодательно-правовое поле ГЧП.

На федеральном и региональном уровнях ведется активная работа в направлении ГЧП: создаются соответствующие органы (в основном консультативные), формируется нормативно-правовая база, активизируются регионы. Постепенно возрастает доверие бизнеса к ГЧП.

В данной стране применяются несколько форм взаимодействия государства и бизнеса: государственные контракты, аренда государственного и муниципального имущества, смешанные предприятия. В то же время, основные формы ГЧП по привлечению дол-

госрочных частных инвестиций, такие как концессии, соглашения о разделе продукции (СРП) и контракты модели «строительство-передача» тяжело внедряются в стране.

Несмотря на очевидную потребность в ГЧП, оно с трудом пробивает себе дорогу. Основным препятствием тому является следующее: собственником значительной части инфраструктуры является государство, а операторами этой собственности в большинстве случаев выступают частные компании. При этом, каждый преследует свои цели, выстраивает свою стратегию, не всегда ориентируясь на создание стройной легитимной системы отношений.

Сегодня России необходимо активно разрабатывать экономические, правовые, финансовые и налоговые механизмы регулирования концессий.

В Казахстане ГЧП в данный момент находится на стадии перехода от планирования к реализации проектов ГЧП. Политика привлечения инвестиций в государственный сектор путем применения механизмов ГЧП создало необходимые условия для успешного внедрения ГЧП.

Так был принят Закон «О концессиях» (Закон), который в декабре 2013 года был обновлен с учетом изменений и дополнений. Также были внесены дополнения и в другие нормативно-правовые акты по вопросам развития ГЧП. Данные поправки направлены на расширение финансовых механизмов реализации ГЧП-проектов, внедрение новых видов контрактов ГЧП, расширение сфер применения ГЧП, а также совершенствование процедур подготовки проектов ГЧП.

В 2008 году постановлением Правительства была создана отдельная организация по вопросам ГЧП – АО «Казахстанский центр государственно-частного партнерства», в функциях которого проведение экономических экспертиз проектов, работа по улучшению законодательного поля и стратегическому развитию системы ГЧП в Казахстане.

Региональные центры ГЧП и организации, в чью компетенцию входит данный вопрос действуют в 8 областях Казахстана.

В 2011 году был принят первый программный документ по вопросам ГЧП – Программа по развитию ГЧП в Республике Казахстан на 2011-2014 годы, целью которой определено обеспечение реализации комплекса мер по повышению роли и значимости механизмов ГЧП.

В начале 2014 года создан Центр сопровождения проектов ГЧП. Центр сопровождения будет работать на этапах подготовки проектов, их структурирования, проведения переговоров между участниками проектов, а также разработки предложений по структуре финансирования потенциальных проектов ГЧП.

При Правительстве Республики Казахстан действует Координационный совет по вопросам ГЧП, который позволяет оперативно решать вопросы по развитию ГЧП в отраслях. Имеется опыт реализации концессионных проектов в отечественной транспортной инфраструктуре и энергетике. В настоящее время на стадии разработки и согласований проекты по схеме ГЧП в области: здравоохранения, городской инфраструктуры, энергетики, образования и транспорта. При планировании ГЧП-проектов применяется одна форма ГЧП концессия и используются в основном модели «строительство-передача-управление» и «строительство-управление-передача».

На сегодняшний день Казахстан обладает высоким потенциалом для развития ГЧП. По оценкам экспертов Казахстанского центра ГЧП объем проектов ГЧП к 2023 году может достичь 10-15% от общей потребности развития инфраструктуры.

Но оценить все эти возможности еще предстоит в будущем. Пока же все участники ГЧП должны настроиться на сотрудничество и взаимодоверие друг к другу.

#### Источники:

1. Государственно-частное партнерство. Международный опыт. Под рук. Ж. Абиесова. Астана, 2013.
2. Материалы сайта <http://kzppp.kz/>

**Гурцкая Г. М.***Ведущий специалист***Гизатуллина А. М.***Ведущий специалист***Кулхан Т.Т.***Начальник отдела**Центр стандартизации здравоохранения**РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК*

## ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ – УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Аталуы:** Инновациялық медициналық технологияларды енгізу медициналық көмектің сапасын жақсартуға септігін тигізеді

**Авторлары:** Г.М. Гурцкая, А.М. Гизатуллина, Т.Т. Құлхан

*Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Астана*

**Түйіндеме:** Мақала авторлары хирургиялық пациенттерді емдеуге жаңа технологияларды енгізуді бағалау мақсатында «Fast track surgery» мультимодальдық бағдарламаны қолдану бойынша әдебиеттерге шолу жасаған. Аталған бағдарламаны пайдалану реабилитация мерзімі мен стационарда болу ұзақтығын қысқартуға және емдеуге кететін шығыстарды төмендетуге мүмкіндік беретінін анықтады.

**Title:** Introduction of the innovative health technologies is the way for improving the quality of healthcare

**Authors:** G.M. Gurtskaya, A.M. Gizatullina, T.T.Kulkhan

*Republican Healthcare Development Centre, Astana*

**Abstract:** The authors conducted a literature review of the using the multimodal program «Fast track surgery» to assess the introduction of given new technology in the treatment of surgical patients. It was found that the use of this program helps shorten the rehabilitation and consequently length of hospital stays and decrease the treatment costs.

Дальнейшее развитие системы здравоохранения связано с появлением новых и совершенствованием уже применяемых технологий для диагностики и лечения заболеваний. В соответствии с основными направлениями Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. необходима модернизация системы здравоохранения, повышение эффективности и доступности медицинской помощи и переход на инновационную стратегию развития, внедрение в медицинскую практику современных высокотехнологичных медицинских технологий. Вследствие этого стимулирование переноса медицинских технологий из стран дальнего и ближнего зарубежья с последующим внедрением в регионы республи-

ки является актуальным и своевременным.

Активное развитие эндоскопических методов лечения привело к уменьшению сроков госпитализации, ускорению сроков выздоровления и восстановления трудоспособности оперируемых пациентов. Поиск эффективных методов лечения хирургических больных способствовал возникновению нового понятия — fast track хирургия («быстрый путь в хирургии», ускорение различных этапов лечебного процесса). Максимально принципам fast track хирургии соответствует применение лапароскопических технологий.

Программа fast track surgery (FTS) впервые была разработана руководителем отдела хирургической патофизиологии Датского королевского госпиталя в Копенгагене профессором Хенриком Келетом (Henrik Kehlet) в 90-х гг. XX века [1,2]. Хирургия

быстрого восстановления комплекс лечения, включающий этапы предоперационной подготовки, особенности выполнения оперативного вмешательства, регламент ведения послеоперационного периода, способствующий уменьшению периода нахождения в стационаре, количеству послеоперационных осложнений и материальных затрат на лечение [3,4]. Программа FTS нашла широкое применение в ортопедии, гинекологии, кардиохирургии, общехирургической практике, но наибольшее развитие получила в области колопроктологии. Несмотря на это, использование данной программы в повседневной хирургической практике в различных странах не является оптимальным. В Дании, где впервые была использована данная технология, длительность госпитализации после больших хирургических или онкологических операций составляет 2-3 дня и это результат, который пока недостижим для большинства европейских государств, США и стран СНГ. Причиной тому – квалифицированный уход медицинского персонала на дому, где осуществляется постоянный мониторинг состояния пациентов. Даже в ближайшей Германии продолжительность пребывания в стационаре, где освоена датская технология, составляет 5-6 суток.

Цель данной программы заключается в снижении реакции организма на хирургический стресс, ускорении сроков выздоровления за счет ранней активизации и питания, сокращении сроков нахождения больного в стационаре. Этот подход основывается на патофизиологических принципах, в частности, на факторах пери- и предоперационного риска, в зависимости от которых Хенриком Келетом была разработана классификация типичных послеоперационных осложнений с основными путями их предупреждения и коррекции. Это позволило более дифференцированно влиять на отдельные компоненты патогенеза, такие как боль, тошнота и рвота, вызванные динамическим парезом кишечника, гипоксией и нарушением сна, голоданием и иммобилизацией, длительным наличием в организме инородных тел (дренажей, катетеров, зондов).

Ниже приведены факторы, входящие в состав мультимодальной fast track программы, которые были суммированы и идентифицированы в рандомизированных исследованиях и мета-анализе J. Wind [5]: дооперационное информирование пациента; отказ от подготовки кишечника перед операцией; отказ от премедикации в сочетании с изменением схемы интраоперационной анестезии; применение пробиотиков перед операцией; отказ от полного голодания перед оперативным вмешательством; применение раствора декстрозы (глюкозы) за 2ч до операции в комбинации с адекватной водной и электролитной нагрузкой; регионарная анестезия или короткодействующие анестетики; адекватный объем инфузии в периоперационном периоде; короткие разрезы (лапароскопия, миниинвазивный доступ, поперечные разрезы); профилактика дооперационной гипотермии; применение высоких концентраций O<sub>2</sub> периоперационно; неопиоидная анальгезия; отказ от рутинного использования дренажей и назогастральных зондов; раннее удаление мочевого катетера; прокинетика; раннее начало послеоперационного перорального питания; ранняя мобилизация. Большинство авторов рекомендуют использование 9-12 факторов.

Программа предоперационной подготовки включает обучение пациента — объяснение и предоставление реальной информации о предстоящих медицинских процедурах, операции, послеоперационном периоде, преимуществах программы FTS.

Отсутствие ограничения питания до операции: удлинение периода голодания со снижением pH желудочного содержимого увеличивает риск аспирации, поэтому пациенту в течение ночи разрешают пить небольшое количество жидкости, так как данный объем не увеличивает риск аспирационных осложнений во время интубации. Дооперационное голодание снижает резервы гликогена и вызывает послеоперационную устойчивость к инсулину, вследствие этого обосновано применение декстрозы за 2 ч до операции, что также способствует уменьшению чувства голода, жажды, дискомфорта,

утомления, а, следовательно, и стрессовой реакции. Уменьшение выраженности страха в результате выброса эндогенных опиоидов, в свою очередь, приводит к снижению интраоперационной потребности в анестетиках.

Механическая подготовка кишечника являлась «золотым стандартом» комплекса мероприятий, направленных на подготовку пациентов к операциям. Однако в последнее время проведение механической подготовки кишечника согласно результатам рандомизированных исследований, не считают обоснованной. В. Jung et al., К. Slim et al. в своих исследованиях не отмечают статистически достоверных различий в развитии осложнений при подготовке и без нее [7,8]. Другими авторами были продемонстрированы осложнения механической подготовки, такие как повреждение и воспалительные изменения стенки кишечника, увеличение риска инфекционных осложнений вследствие избытка жидкости в просвете кишечника при неадекватной подготовке [9].

Традиционно перед операцией назначаются препараты, вызывающие длительную анестезию. Целям fast track хирургии соответствует такая анестезия, которая сводит к минимуму хирургический стресс. Назначение длительно действующих седативных средств сопровождается задержкой выздоровления, связанной с неадекватным поступлением жидкости и поздней активизацией пациента в послеоперационном периоде. Применение короткодействующих анестетиков в сочетании с пролонгированной эпидуральной анестезией и нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) сопровождается улучшением функций лёгких, снижением нагрузки на сердечно-сосудистую систему, меньшим парезом кишечника и лучшей анальгезией [10, 11]. Мета-анализ рандомизированных исследований показал, что регионарная анестезия у больных после операций на нижней половине тела позволяет достичь снижения осложнений на 30% по сравнению с общей анестезией [12].

Внутривенные инфузии являются неотъемлемой частью периоперационного контроля в хирургической практике. Стан-

дартные подходы приводят к тому, что пациенты получают либо недостаточное, либо избыточное количество жидкости, увеличивая при этом частоту послеоперационных осложнений и, как следствие, длительность пребывания в стационаре. Оптимизированная инфузионная терапия во время оперативного вмешательства предполагает предупреждение интраоперационной гиповолемии и чрезмерной инфузии кристаллоидов, которые могут привести к отёкам, ухудшению оксигенации тканей и замедлению заживления [13, 14]. Возможность же употребления жидкости ночью и отказ от подготовки кишечника приводит к отсутствию гиповолемии в начале операции и снижению интраоперационной инфузии [15].

Одним из элементов FTS является предотвращение гипотермии во время операции. Во время операций происходит снижение температуры тела, что обусловлено ослаблением терморегуляции во время наркоза. Гипотермия приводит к периферической вазоконстрикции и уменьшению оксигенации тканей, что сопровождается увеличением частоты инфекционных осложнений [16]. При этом наблюдается рост кровопотери, которая приводит к возникновению в послеоперационный период аритмий, в частности желудочковой тахикардии [17].

Значительно уменьшает воспалительный компонент стрессового ответа применение миниинвазивных технологий. Минимально агрессивная хирургическая методика предполагает снижение боли и сокращение сроков госпитализации по сравнению с открытым методом.

Длительный постельный режим в послеоперационный период увеличивает риск развития тромбэмболических осложнений, снижает мышечную силу и оксигенацию тканей, а также способствует послеоперационному образованию спаек. Ранняя мобилизация, начиная со дня операции, и регулярная активность пациента способствуют уменьшению неблагоприятных эффектов, обеспечивая улучшение результатов операции [18].

Послеоперационная стратегия предполагает, в первую очередь, эффектив-

ное купирование боли. Послеоперационная боль – важнейший фактор, влияющий на длительность пребывания пациентов в стационаре. В качестве мультимодального обезболивания предлагается использование НПВП, в частности селективных ингибиторов циклооксигеназы - 2.

Ограничение применения наркотических анальгетиков позволяет снизить частоту послеоперационной тошноты и рвоты, уменьшить проявления седации, тем самым обеспечивая раннюю мобилизацию [19].

Для успешного проведения программы FTS, согласно проведенным многоцентровым исследованиям, необходимо раннее восстановление энтерального питания. В течение первого послеоперационного дня вместе с жидким питанием назначается твердая пища. Энтеральное питание позволяет не только обеспечить более раннее восстановление кишечной функции, но и ограничить внутривенное поступление, что, в свою очередь, снижает риск послеоперационных осложнений [20, 21].

D.W. Wilmore и H. Kehlet в клиническом обзоре приводят приблизительный перечень оперативных вмешательств по fast track программе [4]: амбулаторные операции до 24 ч. - артроскопические операции; влагиалищная гистерэктомия; лапароскопические фундопликация; спленэктомия, адреналэктомия, холецистэктомия, мастэктомия. Операции с госпитализацией на 1-4 дня: колэктомия; тотальное эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов; оперативное лечение аневризмы аорты; пульмонэктомия и лобэктомия; лапароскопическая нефрэктомия; радикальная простатэктомия; реконструктивные операции на перифериче-

ских сосудах. Эти же авторы в более поздней работе конкретизируют сроки пребывания в стационаре [19].

Проведенные за 1990-2012 гг. многоцентровые двойные слепые рандомизированные исследования по сравнению подготовительных операционных мероприятий выявили неэффективность традиционных методов, а в ряде случаев и их опасность. Поэтому поиск новых эффективных методов лечения хирургических больных, в частности, использование «хирургии быстрого пути» – fast track хирургии уменьшает стрессовые реакции и дисфункцию органов, значительно сокращая время выздоровления.

Таким образом, изучение клинических исследований с использованием программы FTS позволило получить достаточно данных уменьшения количества осложнений и сокращения сроков госпитализации в сравнении с традиционным послеоперационным уходом, при условии четкого и слаженного междисциплинарного сотрудничества различных специалистов: хирургов, анестезиологов, медицинских сестер, физиотерапевтов, врачей амбулаторно-поликлинической помощи и реабилитологов. Ряд исследований показывают, что восстановление после операции зависит от многих факторов, начиная от хирургического подхода и заканчивая применением отдельных элементов программы ранней активизации и реабилитации. Результаты клинических исследований подчеркивают глубину и сложность процессов, происходящих на различных уровнях оказания медицинской помощи таким пациентам, в связи с этим необходимо проведение дальнейших клинических исследований с целью получения более высоких уровней доказательств.

#### Источники:

1. H.Kehlet Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation/Br. J. Anaesth.-1997. - 78:606–617.
2. L. Bardram et al. Recovery after laparoscopic colonic surgery with epidural analgesia, and early oral nutrition and mobilization // Lancet. – 1995. – Vol. 345, N 8952. – P. 763–64.
3. Schwenk W. What is «Fast-track»-surgery? / W. Schwenk, J. M. Müller // Dtsch Med Wochenschr. – 2005. – Vol. 130, N 10. – P. 536–40.
4. D. W. Wilmore, F. H. Kehlet Management of patients in fast track surgery // BMJ. – 2001. – Vol. 322, N 7284. – P. 473–76.
5. J. Wind, J. Hofland, B. Preckel Perioperative strategy in colonic surgery; LAparoscopy and/or Fast track multimodal management versus standard care (LAFA trial), BMC Surgery. – 2006.-6: 16 doi:10.1186/1471-2482-6-16.
6. P. Salmon Anxiety and endocrine changes in surgical patients / P. Salmon, R. Evans, D. E. Humphrey // Br. J Clin

- Psychol. – 1986. – Vol. 25, N 2. – P. 135–41.
7. B. Jung et al. Preoperative mechanical preparation of the colon: the patient's experience // *BMCSurg.* – 2007 – Vol. 7, N 4. – P. 5–11.
8. K. Slim et al. Updated systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials on the role of mechanical bowel preparation before colorectal surgery // *Ann Surg.* – 2009. – Vol. 249, N 2. – P. 203–9.
9. P. Bucher et al. Morphologic alterations associated with mechanical bowel preparation before elective colorectal surgery: a randomized trial // *Dis Colon Rectum.* – 2006. – Vol. 49, N 1. – P. 109–12.
10. K. Lassen et al. Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery // *Arch Surg.* – 2009. – Vol. 144, N 10. – P. 961–69.
11. L. Basse et al. A clinical pathway to accelerate recovery after colonic resection // *Ann Surg.* – 2000. – Vol. 232, N 1. – P. 51–7.
12. J. L. Meakins, Innovations in surgery: the rules of evidence. *Am. J. Surg.* – 2002. – P. 183:399–405.
13. B. Brandstrup et al. Effects of intravenous fluid restriction on postoperative complications: comparison of two perioperative fluid regimens: a randomized assessor-blinded multicenter trial // *Ann Surg.* – 2003. – Vol. 238, N 5. – P. 641–48.
14. Y. Mintz, Y. G. Weiss, A. I. Rivkind Effects of intravenous fluid restriction on postoperative complications: comparison of two perioperative fluid regimens: a randomized assessor-blinded multicenter trial // *Ann Surg.* – 2004. – Vol. 240, N 2. – P. 386–88.
15. A. K. Hilton, V. A. Pellegrino, C. D. Scheinkestel Avoiding common problems associated with intravenous fluid therapy // *MJA.* – 2008. – Vol. 189, N 9. – P. 509–13.
16. A. Kurz, D. I. Sessler, R. Lenhardt Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorten hospitalization. Study of wound infection and temperature group // *N Engl J Med.* – 2006. – Vol. 334, N 19. – P. 1209–15.
17. D. I. Sessler Mild perioperative hypothermia. *N. Engl. J. Med.* – 1997. – P. 336: 1730–1737.
18. A. Businger et al. Mechanical bowel preparation and antimicrobial prophylaxis in elective colorectal surgery in Switzerland – a survey // *Langenbecks Arch Surg.* – 2011. – Vol. 396, N 1. – P. 107–13.
19. H. Kehlet, D. W. Wilmore Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery // *Ann Surg.* – 2008. – Vol. 248, N 2. – P. 189–98.
20. R. Barlow et al. Prospective multicentre randomised controlled trial of early enteral nutrition for patients undergoing major upper gastrointestinal surgical resection // *Clin Nutr.* – 2011. – Vol. 30, N 5. – P. 560–66.
21. H. K. Andersen, S. J. Lewis, S. Thomas Early enteral nutrition within 24h of colorectal surgery versus later commencement of feeding for postoperative complications // *Cochrane Database Syst Rev* [Electronic resource]. – 2006. – Vol. 18, N 4. – CD004080.



СҰРАҚ ЖӘНЕ ЖАУАП/  
ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ**Иманова Ж. А.***Начальник отдела разработки стандартов здравоохранения***Битенова М. М.***Специалист**Центр стандартизации здравоохранения**РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК*К ВОПРОСУ СТАНДАРТИЗАЦИИ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ ДЕТЯМ ОТ 0 ДО 5 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ  
КАЗАХСТАН

Одна из важнейших задач нашего государства – охрана и укрепление здоровья детей, обеспечение для них условий, содействующих гармоничному росту и развитию, адаптации и социализации подрастающего поколения в современном обществе. Наблюдаемое снижение качества здоровья родившихся детей является серьезной проблемой, как для клинической медицины, так и для общественного здравоохранения. Показатели состояния здоровья детей относятся к наиболее чувствительным индикаторам социально-экономического развития общества.

Поступательное развитие педиатрии по пути приоритета выдвинуло на первый план необходимость риск-подхода к оценке состояния здоровья ребенка с учетом многих, прежде всего, социальных факторов. Очевидно, что одно только это в существенной мере способствовало привлечению внимания к политическим, социальным, медицинским и экономическим преобразованиям при решении проблем охраны здоровья детского населения.

Современная система управления качеством в области здравоохранения включает в себя планирование, обеспечение, улучшение и управление качеством. Планирование качества требует сбора и анализа данных о потребностях пациента, степени их удовлетворения, запросах и предпочтениях пациен-

та, а также данных о результатах лечения.

Планирование направлено на выявление зон неэффективности в системе оказания медицинской помощи и определение рациональных потоков пациентов между медицинскими организациями разных уровней оказания медицинской помощи и территорий. Соотношение амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, распределение медицинских услуг по уровням должны соответствовать реальным потребностям населения, имеющимся финансовым ресурсам и современным требованиям эффективности организации здравоохранения.

Министерством здравоохранения Республики Казахстан проводится большая и планомерная работа по принятию неотложных мер по снижению материнской и младенческой смертности. С момента реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан» показатель рождаемости увеличился на 1,5%, что позволило на 34 121 человек увеличить потенциал страны; показатель материнской смертности снизился на 59,6%, что означает 64 спасенных жизни матерей ежегодно; показатель младенческой смертности снизился на 45,6%, что позволило сохранить жизнь 2861 ребенка.

В рамках системных мер по снижению материнской и детской (младенческой) смертности на уровне первичной медико-санитарной помощи проводятся мероприя-

тия по улучшению репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, раннему выявлению заболеваний, диспансерному наблюдению и их оздоровлению с организацией бесплатного обеспечения лекарственными средствами на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи.

Совершенствуются протоколы диагностики и лечения по охране здоровья матери и ребенка в соответствии с международными требованиями, разработано более 40 протоколов диагностики и лечения. Работа в данном направлении продолжается.

Одним из направлений обеспечения населения качественной медицинской помощи является стандартизация процессов оказания медицинских услуг, в том числе разработка стандартов организации оказания медицинской помощи профильных служб.

С современных позиций, стандарты рассматриваются как инструменты повышения качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, сохранения и улучшения здоровья населения, информационной поддержки для врачей в их повседневной работе и для обеспечения конституционных прав пациентов на получение медицинской помощи.

В основе стандартов должны лежать научные доказательства эффективности и безопасности медицинских вмешательств.

Задачами системы стандартизации являются:

- нормативное обеспечение действующих законов охраны здоровья детей населения Республики Казахстан;
- создание единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг по охране детского здоровья;
- установление требований к условиям и последовательности оказания педиатрической помощи, обеспечивающих ее эффективность, безопасность и социальную удовлетворенность пациентов.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан осуществляет стандартизацию оказания медицинской помощи профильных служб путем создания нормативной правовой базы, помогающей:

1) реализовать законы в области охраны здоровья граждан, развития здравоохранения и медицинской науки;

2) оценивать качество и экономическую эффективность медицинских услуг, устанавливать научно обоснованные требования к их номенклатуре, объему и качеству;

3) обеспечивать взаимодействие между субъектами, оказывающими медицинскую помощь.

Приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 30 апреля 2014 года №229 создана рабочая подгруппа по разработке Стандарта организации оказания педиатрической помощи детям от 0 до 5 лет (далее – Стандарт). В настоящий момент идет активный процесс работы над проектом Стандарта.

В текущем году в ходе заседаний рабочей группы из числа ведущих профильных специалистов предложены основные разделы проекта Стандарта, включающие в себя требования к порядку оказания медицинской помощи детям в организациях здравоохранения на амбулаторно-поликлиническом и стационарном уровнях, вне зависимости от формы собственности и ведомственной принадлежности, порядок и условия оказания квалифицированной медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи, специализированной, высокоспециализированной медицинской помощи пациентам детям, в том числе новорожденным детям.

Обсуждение проекта Стандарта проводится с соблюдением принципов доступности и транспарентности. На сайте РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения [www.rcrz.kz](http://www.rcrz.kz) предоставлена возможность для всех заинтересованных лиц внести свои предложения в проект вышеуказанного Стандарта.

Таким образом, разработка стандартов организации оказания педиатрической помощи с позиций новых клинико-организационных технологий и эффективного управления качеством медицинской помощи, оказывающих влияние на состояние здоровья детского населения, имеет важное практическое значение.

ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ/  
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

Жолдасова А.М.

Секенова Р.К.

АО «Медицинский университет Астана»

МЕЖДУНАРОДНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ В  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ ВРАЧЕЙ  
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Аталуы:** Денсаулық сақтау жүйесінің дәрігерлерін медициналық- әлеуметтік қолдаудағы халықаралық және отандық тәжірибе

**Авторлары:** А.М. Жолдасова, м.ғ.к. Р.К. Секенова, «Астана Медицина Университеті» АҚ

**Түйіндеме:** Денсаулық сақтау жүйелерін жетілдірудің маңызды құрамдас бөлігі осы саладағы нәтижелі қызмет үшін оптималды өндірістік органы құру, кадрлық ресурстарды дамыту. Барлық елдерде денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігі және медициналық қызмет сапасы, медициналық қызметкерлер қызметінің көрсеткішіне байланысты. Көрсеткіштер қызметкерлердің білімінің деңгейімен, практикалық машықтарымен және жұмыстағы мотивациясымен анықталады.

Бүгінгі күнде медициналық қызметкерлердің медициналық-әлеуметтік қолдаудың бірінші кезектегі шараларының бірі-еңбегін тиімді қаржыландыру жүйелері, әлеуметтік пакетпен қамтамасыз ету. Көптеген елдерде әлеуметтік пакетке үлкен мән беріледі, оны еңбекке ынталандыру жүйесінің компенсациялық элементі ретінде бағалайды.

Қазақстанда денсаулық сақтау саласы дәрігерлеріне медициналық-әлеуметтік қолдау көрсету әдістемелік жүйесіне халықаралық озық практикаға жаңа тәсілдерді енгізу қажет және толықтырып, жетілдіру қажет. Шетелдердің тәжірибесі медициналық персоналдарға берілетін әлеуметтік кепілдікті тиімді құруға көмектесетін әдістемелік тәсілдердің көп екенін дәлелдейді. Еңбекақы төлеу жүйесін жетілдіру және денсаулық сақтау саласындағы кадрлық мәселені шешуге мүмкіндік беретін әлеуметтік пакетті қайта қарау Қазақстан үшін стратегиялық бастамамен анықталады.

**Title:** International and domestic experience in health - social support doctors of health system

**Authors:** A.M. Zholdassova, R.K. Sekenova, PhD, JSC «Astana Medical University»

**Abstract:** Important component of improving the health care system is human resource development with the creation of an optimal working environment for effective work in this direction. In the world, efficiency of health system and quality of health services depend on the performance of health workers who are defined by their level of knowledge, practical skills and motivation to work.

Today a priority measure of medical - social support is an effective system of financing of labour to medical workers, the presence of benefits package. In many countries, benefits package pays much «weight» value, defining it as a compensation element of the incentive system.

Existing methodological approaches to medical - social support doctors of health system in Kazakhstan require additions, improvement and introduction of new approaches focused on international best practice. Practices of countries demonstrate about sufficiently wide range of methodological approaches to build of effective social guarantees for medical personnel. Improvement of remuneration system and revision of benefits package defined strategic initiative for Kazakhstan and contributes to decision of human problems in health system.

В Послании Президента РК Н. Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан – 2050». Новый политический курс состоявшегося государства» (далее – Послание) одним из принципов со-

циальной политики определено здоровье нации – основа нашего успешного будущего. В рамках долгосрочной модернизации национальной системы здравоохранения ключевым приоритетом отмечена необходимость

в обеспечении качественных и доступных медицинских услуг [1]. Важным составляющим совершенствования системы здравоохранения стран является в первую очередь развитие кадровых ресурсов с созданием оптимальной производственной среды для результативной деятельности в данной области [2]. Так, во всем мире эффективность систем здравоохранения и качество медицинских услуг зависят от показателей деятельности медицинских работников, которые определяются их уровнем знаний, практическими навыками и мотивацией к работе [3]. С этой целью используются как методы экономического стимулирования (система оплаты труда с учетом вклада каждого работника в полученный результат), так и моральные стимулы: продвижение по служебной лестнице, награды и другие формы поощрения [2].

Для казахстанской системы социальной поддержки медицинских работников на сегодняшний день характерно отсутствие структурированного подхода к кадровой политике, характеризующейся недостаточностью мотивационных стимулов к своей трудовой деятельности, недостаточным уровнем социальной защищенности работников и т.д. [3]. Все это привело к снижению притока молодых специалистов в отрасль здравоохранения, особенно в селах, и «старению» врачебных кадров.

Несмотря на тот факт, что количество подготовленных медицинских кадров, в странах СНГ значительно выше и не создается такой конкурентной среды как в странах ЕС, тем не менее, уровень заработной платы остается достаточно низким. Если в Канаде и США в среднем в один медицинский ВУЗ принимается до 150-200 студентов в год, то РК до 1000 студентов [4]. Несмотря на то, что ежегодно более 80% студентов проходят обучение за счет бюджетных средств и проводится работа по повышению потенциала по наиболее востребованным специальностям, в стране имеет место быть дефицит медицинских кадров. В основе данных несоответствий определено, прежде всего, отсутствие мотивации – низкий уровень заработной платы и отсутствие социального пакета.

Ежегодно, немалое количество выпускников ВУЗов уходят в частный сектор (частные клиники, фармацевтические компании) или в другие профессиональные области.

Система мотивации при достаточно низком размере заработной платы в странах СНГ подразумевает в первую очередь наличие вознаграждения (доплаты и премии), которые нацелены на стимулирование деятельности, на удержание персонала и на достижение стратегических целей организации [5]. В отмеченном выше Послании одним из приоритетных направлений по вхождению РК в число 30 самых развитых стран мира является пересмотр социального пакета работников системы образования, здравоохранения и социальной защиты, в частности разработка и внедрение новой модели оплаты труда гражданских служащих [6].

Одной из первоочередных мер медико-социальной поддержки на сегодняшний день является эффективная система финансирования труда медицинских работников. В современных рыночных условиях трудовые отношения в социуме определяются именно размерами вознаграждения за труд и отражаются на отношении к профессиональным обязанностям и качестве выполнения своей работы [7]. Именно материальное стимулирование способно влиять на мотивацию медицинских работников, от которой зависит эффективность оказываемой медицинской помощи [8]. На сегодняшний день, именно экономическая мотивация и выделена как основополагающий фактор для выпускников ВУЗов, чем профессиональный рост и приверженность своей профессии [9].

В странах с развитой экономикой заработная плата специалистов значительно превышает показатели развивающихся стран, и по своей сути определена стимулирующим показателем их деятельности. Так, например, в США заработная плата врачей является высокооплачиваемой по сравнению с другими странами. Заработная плата хирурга и анестезиолога составляет 16 000 – 17 000 долларов в месяц, семейного врача – 14 500 долларов; педиатра – 15 000 долларов; терапевта – 15 900 долларов, хирурга – орто-

педа 43 000 долларов, уролога – 33 000 долларов. Врачи США получают социальные пособия, и имеют медицинскую страховку, им оплачивается поездка на конференции, публикации и др. [10]. Врач общей практики (ВОП) во Франции зарабатывает в среднем около 55 000 долларов в год, тогда как в США средний заработок ВОП (врач общей практики) составляет 146 000, а заработная плата специалистов – 271 000 долларов в год [11]. В Швейцарии размер минимальной ежемесячной заработной платы врача составляет 7800 долларов, в Нидерландах – 3600, Испания – 5000, Польша – 1500 [12].

В странах постсоветского пространства размер заработной платы не является стимулирующим компонентом, так как значительно ниже показателя ЕС, иногда даже в десятки раз. В России средняя заработная плата медицинских работников в 2012 году составляла около 800 долларов, у практических врачей около 450 долларов. В Украине фактический оклад практикующих врачей составляет 199 долларов (на 30% меньше, чем на официальном уровне), а основная заработная плата районного терапевта до 125 долларов. Заработная плата в странах постсоветского пространства увеличивается посредством доплаты за вредные условия, категорию, ученую степень, академический статус и т.д., так, например, анестезиолог получает в среднем 375 – 440 долларов в месяц [10, 11, 12]. Как следствие низкого уровня заработной платы, большинство врачей вынуждены совмещать работу на нескольких ставках, или работать сразу в нескольких медицинских организациях.

Такой разброс в размере заработной платы медицинских сотрудников, характеризуется в первую очередь экономическими и социальными особенностями в стране, а также формами оплаты труда в медицинских организациях [13]. В большинстве стран оплата труда специалистам ПМСП (первичная медико-санитарная помощь), стационаров и других служб осуществляется по объему оказанных услуг (Бельгия, Люксембург, Эстония, Дания и др.); посредством получения установленного жалования (на Кипре, в

Швеции, Нидерландах, Греции, Финляндии, Португалии и др.), или смешанная – в ПМСП (первичная медико-санитарная помощь) согласно объему оказанных услуг с учетом зарегистрированных, в стационаре посредством установленного жалования (Словения, Словакия, Румыния, Англия, Франция, Ирландия, Чехия, Венгрия, Литва и др.).

В странах СНГ (Россия, Украина и т.д.) оплата труда медицинских и фармацевтических работников государственных организаций осуществляется посредством установленной тарифной системы оплаты труда (Единая тарифная сетка) без учета премий и иных стимулирующих выплат по соответствующим квалификационным уровням профессиональных квалификационных групп. Аналогичная ситуация характерна и для Казахстана [14]. В соответствии с реестром должностей, определенных Постановлением Правительства РК №1400 и установленных коэффициентов, применяемых к базовому должностному окладу с учетом выплаты доплат, надбавок, пособий на оздоровление и компенсацию определяется фонд заработной платы. Помимо которого работодатель вправе применять различные виды поощрений за успехи в труде, величина которых определяется условиями коллективного и трудового договора [15]. Наиболее часто встречаемыми социальными выплатами для РК являются единовременные выплаты к профессиональным праздникам, размер которых устанавливается по усмотрению руководства медицинских организаций.

В программном документе – Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» – одним из путей к построению рациональной системы финансирования здравоохранения выделено совершенствование дифференцированной системы оплаты труда медицинских работников, ориентированной на конечный результат [16]. Так, приказом Министра здравоохранения РК №310 введена система оплаты труда в целях поощрения за достигнутые результаты работы [17]. К тому же, на сегодняшний день, оплата сотрудникам медицинских организаций, оказывающим медицинские

услуги в рамках ГОБМП (гарантированный объем бесплатной медицинской помощи), осуществляется за счет сложившейся экономии бюджетных и внебюджетных средств, а в организациях ПМСП (первичная медико-санитарная помощь) из средств республиканского бюджета в виде целевых трансфертов на оплату дополнительного компонента к тарифу ПМСП [17, 19, 20, 21, 22].

Но, несмотря на то, что в стране совершенствуется система оплаты труда специалистов всех уровней, предполагаемые дифференцированные оплаты не являются достаточным мотивирующим фактором для медицинского персонала. Невысокий уровень заработной платы с выплатой стимулирующих надбавок не позволяет в полной мере обеспечивать финансовую потребность медицинских работников, особенно в сельских регионах РК.

Необходимо отметить, что наряду с размером заработной платы немаловажную роль играют различные льготы для специалистов системы здравоохранения. Так, например, во Франции невысокие показатели заработной платы компенсируются рядом льгот: обучение в ВУЗах оплачивается государством, тогда как в США обучение осуществляется только на платной основе и молодые специалисты обременены долгами по выплате [11, 23]. Другим видом льгот в странах ЕС и США для медицинских работников, определено снижение налоговой ставки на заработную плату [24, 25, 26].

На сегодняшний день, очень важным стимулирующим фактором для медицинских работников является наличие социального пакета. Во многих странах социальному пакету уделяется большое «весовое» значение, определяя его как компенсационный элемент системы стимулирования. В США в качестве социального пакета подразумевается страхование, медицинское обслуживание сотрудника и членов семей, оплата питания и отдыха, кредитования и др. В разрез американской системе в Японии не существует понятие «социальный пакет», поскольку сама заработная плата является стимулирующим механизмом, так как по большей части на-

ходится в зависимости от эффективности и качества деятельности, а не просто является вознаграждением за надлежащее выполнение медицинскими работниками своих трудовых обязанностей [27].

В РК, как и в странах СНГ, социальный пакет как таковой мало применим, несмотря на попытки его внедрить в систему давно. Ряд организаций, под социальным пакетом подразумевают бесплатное и частично оплачиваемое санитарно – курортное лечение, льготное лекарственное обеспечение и медицинское обслуживание сотрудников и членов их семей, страхование и выделение арендного жилья, обеспечение местом в детском садике для детей медицинских работников и «подъемные» для молодых специалистов и т.д. Например, в ряде стран ЕС, при поступлении на работу молодого специалиста медицинская организация проводит оплату за переезд и обустройство в рамках дополнительного оклада к заработной плате в виде одновременного финансирования или в течение определенного времени, установленного организацией [24, 27]. В РК также практикуется введение «подъемных» средств, которое определено в качестве основного стимулирующего подхода молодым специалистам, особенно в для работы в сельских регионах. Размер и возможность выплаты таких единовременных пособий определяется местным органом управления здравоохранением.

Важной мерой, на сегодняшний день определяющей медико-социальную поддержку является оказание содействия медицинским работникам в жилищном вопросе. Например, в России, в ряде регионов рядом долгосрочных краевых целевых программ предусмотрено обеспечение жилыми помещениями медицинских работников учреждений здравоохранения, посредством предоставления общежития, жилья, денежной компенсации в размере 50% от стоимости найма (поднайма) жилого помещения и т.д. [28].

Однако, как указывают эксперты, социальный пакет не решит всех проблем кадрового кризиса в здравоохранении, но он является необходимой мерой, которая способна создать более привлекательные усло-

вия для работы в сфере здравоохранения, как для молодых, так и для состоявшихся врачей [29]. Для медицинского работника крайне важны социальные гарантии (уровень профессиональной защищенности). Развитие и распространение страхования профессиональной ответственности в настоящее время для Казахстана является одной из наиболее актуальных проблем в здравоохранении [31]. Законодательно право на страхование профессиональной ответственности медицинских работников за причинение ущерба здоровью гражданина при отсутствии небрежного или халатного отношения регламентировано Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» [32, 33, 34].

Таким образом, существующие ме-

тодологические подходы медико – социальной поддержки врачей системы здравоохранения в Казахстане, мало способствуют в достаточной мере стимулированию медицинских работников к деятельности, и определяют необходимым их совершенствование и внедрение новых подходов, ориентированных на наилучшую международную практику. Опыт стран свидетельствуют о достаточно широком круге методологических подходов, касающихся социальных гарантий медицинских работников. Совершенствование системы оплаты труда и пересмотр социального пакета определены стратегической инициативой для Казахстана, направленной на решение кадровых проблем в области здравоохранения.

#### Источники:

1. Послание Президента РК Н. Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан – 2050». Новый политический курс состоявшегося государства» (14 декабря 2012 года);
2. Реформирование финансирования здравоохранения: Опыт стран с переходной экономикой /Под ред. Kutzin J., Cashin C., Jakab M. – Европейское региональное бюро ВОЗ - 2011. – 442с.;
3. Проект Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения РК на 2012 – 2020 годы. Министерство здравоохранения РК;
4. Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году». Министерство здравоохранения РК;
5. Токсанов Е.В., Туртаев М.Р., Орынбасарова С.Е. Оценка эффективности дифференцированной оплаты труда медицинских работников. – Методические рекомендации. – Астана. – 2011. – 25с.;
6. Послание Президента РК Н. Назарбаева народу «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» (17 января 2014 год);
7. Сараев А.Р. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию социально – экономического механизма оплаты труда участковых медицинских сестер. Автореф.на соис.уч.ст.канд.мед.наук – Самара. - 2011;
8. Пчела Л.П. Организационная технология внедрения новой системы оплаты труда медицинских работников в учреждениях здравоохранения федерального подчинения. Автореф.на соис.уч.ст.док.мед.наук - Иркутск – 2010;
9. Дифференцированная оплата труда в здравоохранении. Чернышев В.М., Стрельченко О.В., Заиграев А.Л. и др. – ФГБУЗ СЛМЦ ФМБА России, Новосибирск – 2011.- 122 с.;
10. Business And Politics News. What Salaries Are Paid to Doctors in Russia, Ukraine... and Elsewhere in the World?. Источник: <http://www.profi-forex.us/news/entry4000001012.html>;
11. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах. Тэннер М. – 2008;
12. Дынничко А. Размер заработной платы у медицинского персонала в России и Европейском регионе. - 2011.;
13. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения. Thomson S., Foubister T., Mossialos E., ВОЗ. - 2010г.;
14. Постановление Правительства РК №1400. «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий»;
15. Трудовой кодекс РК от 15 мая 2007 года №251-III (с изменениями и дополнениями по состоянию на 17.01.2014г.;
16. Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года №1113;
17. Приказ Министра здравоохранения РК от 20 мая 2011 года №310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников»;
18. Приказ Министра здравоохранения РК от 13 апреля 2012 года №245 «О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 10 ноября 2009 года №689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения»;
19. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 6 января 2011 года №21 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения РК от 26 ноября 2009 года № 801 «Об утверждении Методики формирования

- тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»;
20. Приказ Министра здравоохранения РК от 1 марта 2011 года №105 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения РК от 26 ноября 2009 года № 801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»;
21. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 5 января 2011 года №7 «Об утверждении Положения о деятельности организации здравоохранения, оказывающих амбулаторно – поликлиническую помощь»;
22. Приказ Министра здравоохранения РК №693 от 10 октября 2011 года «О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 10 ноября 2009 года №689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрений»;
23. Paul Dutton. Health Care in France and the United States: Learning from Each Other. – 2002;
24. Интернет – ресурсы: Средняя заработная плата в Германии. <http://www.tupa-germania.ru/rabota/srednjazarplata-v-germanii.html> ;
25. Интернет – ресурсы: Оплата врачей. <http://med-express.blogspot.com/2012/11/GermanHealth.html>
26. Жулина Е. Европейские системы оплаты труда. Источник: <http://lib.rus.ec/b/204761/read>;
27. К.Нефагина. Использование «социального пакета» в зарубежных странах и Республики Беларусь. - Ж. «Юрист». - 2010;
28. Закон РФ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
29. Нужен ли медицинским работникам «социальный пакет»? Источник: <http://www.astprofzdrav.ru/articles/soczpod/sp.doc>;
30. Интернет – ресурсы: [http://uchebnikonline.ru/bgd/ohorona\\_pratsi\\_-\\_moskalova\\_vm/pilgi\\_kompensatsiyi\\_vazhki\\_shkidlivi\\_umovi\\_pratsi-1.htm](http://uchebnikonline.ru/bgd/ohorona_pratsi_-_moskalova_vm/pilgi_kompensatsiyi_vazhki_shkidlivi_umovi_pratsi-1.htm);
31. Послание Президент РК Назарбаева Н.А. «Социальная модернизация Казахстана: Двадцать шагов к Обществу Всеобщего Труда»;
32. Кодекс РК от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
33. Генесева Е. Личное страхование работников предприятий: Планово–экономический отдел. - №6(12).–2004.;
34. Закон РК «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» №30 от 7 февраля 2005 года.
-



*Абстракты докладчиков ежегодной  
международной конференции  
Европейской ассоциации  
менеджмента здравоохранения  
г. Бирменгем, Англия*



**Одесса Петит дит Дэриель**

*EHESP школа общественного здравоохранения, г.Париж, Франция*

## ЛИДЕРСТВО В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ ВО ФРАНЦИИ: НЕДОСТАЮЩЕЕ ЗВЕНО?

**В** 2010 году Фонд Роберта Вуда Джонсона (RWJF-ФРВД) и MOM опубликовали статью «Будущее сестринского дела: лидирующие изменения, улучшение здоровья» и констатировали ряд предложений. Одним из предложений является необходимость подготовки и предоставления возможности занятия руководящих должностей медсестрам на всех уровнях. Хотя медсестры самостоятельно могут и должны вложить фундаментальную роль в этих изменениях, но это зависит от некоторых обстоятельств. На самом деле, Правительство, сам средний медицинский персонал, а также другие медицинские работники и медицинские организации, профессиональные ассоциации значительно влияют на возможность медсестер эффективно развивать свое лидерство.

Масштаб исследования практики лидерства Кьюзо и Познера (переведено на французский язык) был распространен через Интернет всем директорам по оказанию медицинской помощи (ДМ) (самая высокая должность, занимаемая специалистами в области здравоохранения, в частности в больнице и в первую очередь медсестрами) - членам Французской ассоциации директоров по оказанию медицинской помощи. В эту ассоциацию входят около 400 из 760 д.м.н. во Франции.

Только в 2009 году, во Франции образование по специальности «Сестринское дело» перешло в разряд высшего образования, и представители данной

профессии продолжают отстаивать свое признание в качестве полноценной дисциплины, способной проводить и использовать исследования для осуществления деятельности, основанной на оказании медицинской помощи пациентам. Как и во многих развитых странах, во Франции профессия «Сестринское дело» имеет опыт эволюции в области практики и профессионального статуса как результат социальных изменений. Но в отличие от многих развитых стран эта эволюция происходила гораздо медленнее и профессия «Сестринское дело» во Франции испытала большие трудности в своем развитии, и казалось, что медсестрам суждено оставаться прислугой врачей.

Французская система здравоохранения (основанная на мощной медицинской монополии) и правительство, которое систематически игнорировало вклад медицинских работников по уходу в здравоохранение в целом, поставили сложную задачу перед медсестрами, которые создали сильной коалицию, способную бороться за улучшение условий труда, и позволила им обеспечить лучшую медицинскую помощь своим пациентам. И многие страны, которые наблюдали, как движение представителей среднего медицинского персонала превращалось в мощный и влиятельный политический голос пришлось столкнуться с аналогичными трудностями (например, США). Вопрос в том, кто и где лидеры «Сестринского дела» во Франции? Каковы их лидерские качества?

**Джо Флемминг**

*Медицинская школа г. Уорик, Ковентри, Уэст-Мидлендс, Великобритания  
Бирмингемская детская больница, Бирмингем, Великобритания*

**ОТ МЕДСЕСТРЫ ДО РУКОВОДСТВА — ЦЕННОСТЬ И ВЛИЯНИЕ СОТРУДНИЧЕСТВА В ЦЕНТРЕ УПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ**

Эта работа была проделана в специализированной детской больнице в Уэст-Мидлендс. Концепция принимает во внимание знания, доступные для медицинских сестер в больницах, ответственных за пациентов и собирающих в едином месте информацию и людей — в центре управления больницы, предоставляя возможность отметить вопросы безопасности и нужды кадрового обеспечения, занятости и расходов, и определить решения, учитывающие имеющиеся ресурсы и влияние оптимизации безопасности по всему управлению, не оставляя уязвимой ни одну область.

Мы использовали этот пошаговый процесс, начиная с Координатора Клиники, использующего инструмент прогнозирования производительности при помощи обычного плана распределения, ознакомления во время посещения, затем пригласили кандидата на место главной медсестры клиники (Clinical Lead Nurse – CLN), которая представила все клинические области. Изначально встречи были сосредоточены на областях, имеющих проблемы. Это оценивалось низко, поскольку было изрядное количество различий по стилю и содержанию встреч. Мы пригласили всех главных медсестер больниц присутствовать на встрече и представить свои области и разработали совет по сбору информации, уделяя внимание всем областям, фокусируясь на штатное расписание, расход, мощность и риск. Принимая во внимание дальнейшую оценку и знания, сейчас мы переходим к вопросам безопасности, а не риска. Мы разработали модель сервиса по обмену всей необходимой информацией между ежедневно работающим менеджером, координатором клиники и главными медсестрами.

Совместные знания привели к боль-

шему пониманию барьеров для мощности и расхода, а также осознание сотрудниками вопросов безопасности.

Это привело к некоторым улучшениям в этом году. Например, уменьшение количества дней, которые пациенты провели в ожидании места в отделениях неотложной помощи, значительно улучшилась транспортировка и уменьшилось количество отклонений в раздаче коек и больше внимания уделялось вопросам безопасности, нежели постоянные мысли о наличии свободных мест, больше устойчивости с точки зрения персонала, использующего свое время более эффективно.

Мы также ввели дополнительные услуги, такие, как группа RACE — это разъясняющая команда, главный консультант-педиатр из отдела управления, работающий до позднего вечера, а также приемная хирургической помощи. Все эти понятия появились после вопросов, поднятых на встречах.

Координатор клиники всегда был в курсе вместимости и движения пациентов, поступающих в больницу. Эта концепция вовлечения ключевых лиц, принимающих решения, из каждой области и вовлечение их в совместную работу, позволила им понять индивидуальные проблемы и как они влияют на управление в целом, они отошли от изолированного мышления, и позволили нам убедиться, что следует рассматривать безопасность во всей структуре. Это дало координаторам некую поддержку и, хотя главные медсестры в настоящий момент доступны лишь в рабочее время, позволило нам разработать новый способ, при котором станет доступной 7-ми дневная координация и работа на корпоративном уровне управления, уделяющая внимание вопросам безопасности пациентов и их впечатлению.

**Минна Кайла**

*Hjelt- Institute, Хельсинский университет, г.Хельсинки, Финляндия*

## ВОСПРИЯТИЕ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ ПОНЯТИЙ УПРАВЛЕНИЯ И ЛИДЕРСТВА

Значимость клинического лидерства в здравоохранении с каждым днем продолжает расти. Младшие врачи являются будущими лидерами, и будут играть ключевую роль в улучшении качества оказания медицинской помощи. Большинство медицинских школ совсем мало или вообще не имеют предоставления о развитии структурированного управления для молодых врачей. Обучение лидерству и управлению часто незапланированное и неформальное. Предполагается, что топ-менеджеры сталкиваются с трудностями формулировки своих управленческих ролей по отношению к медицинской профессии, сами же являясь врачами. Роль врача-менеджера воспринимается молодыми врачами как непонятная. Целью исследования является изучение восприятия младших врачей понятию управления и лидерства.

Хельсинский университет, Финляндия, при подготовке специалистов проводит обязательную программу развития управления для врачей. После прохождения программы участники должны обладать необходимым знанием компетенциями, навыками и отношениями, необходимыми для ведущих менеджеров в сфере здравоохранения. Программа использует платформу электронного обучения для полной документации обучения. Задания выполняются во время программы формирования электронного портфолио, это направлено на поддержку профессионального и личностного развития обучаемого. Участники включают личную философию управления в своих портфолио. Младшим врачам дается задание о видении управления и лидерства в области здравоохранения, какие аспекты лидерства и управления они хотят включить в их роли врача-

специалиста, и их взгляды на положительные и отрицательные стороны лидерства. Исследование было одобрено правлением профессиональной этики Хельсинского университета и участники подписали форму об информированности.

В целом были проанализированы 30 философии управления методом качественного контент анализа.

Наши предварительные результаты показывают, что младшие врачи рассматривают качество оказания медицинской помощи в качестве самой важной обязанностью руководства. Оказание медицинской помощи должно быть основано на клиническом руководстве и других доказательствах. Следовательно, взятие ответственности за развитие компетентности подчиненных считалось решающим. Некоторые младшие врачи подчеркнули важность социальной ответственности и равенства в вопросах доступа к ограниченным ресурсам. Младшие врачи ценят лидеров, которые способны взять на себя ответственность, имеют хорошие навыки общения и создания непринужденной атмосферы, которые легки в подходе и справедливы в качестве как лиц, принимающих решения. Некоторые младшие врачи обнаружили аналогию между принципами управления услугами и индивидуального ухода за пациентами.

Отражающие записи в портфолио сформировали богатый качественный материал. Наши результаты отражают восприятие молодых врачей, не имеющих опыта в формальной руководящей должности. Результаты могут быть направлены в область моделирования и совершенствования программ развития управления для молодых врачей.

София Фишер

Технический университет Дрездена, Дрезден, Германия

## «ВЫ НЕ ПОЖАЛЕЕТЕ ОБ ЭТОМ!» - РЫЧАГИ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ЦЕЛЯХ СНИЖЕНИЯ СОЖАЛЕЮЩИХ О ВЫБОРЕ БОЛЬНИЦЫ ПАЦИЕНТОВ

**М**енеджмент здравоохранения подразумевает управление участниками, такими, как пациенты, персонал и лечащие врачи. Учитывая заинтересованность пациента, больницы в основном фокусируются на удовлетворении, как показателе эффективности, который отражает общее впечатление о пребывании в больнице. Напротив, показатели эмоциональной оценки пациента о решениях, связанных с медициной едва проанализированы. Однако, в основе маркетинговых исследований лежат влияния негативных эмоций, таких, как сожаление, неудовлетворенность, лояльность и жалобы. В контексте здравоохранения сожаление было в основном связано с выбором лечения. Это исследование является первым, всесторонне исследующим воздействие характеристик пациента на индивидуальное сожаление о выборе больницы.

Чтобы гарантировать существование фактической ситуации выбора, исследование было построено при содействии пациентов, которые недавно прошли выборные, плановые совместные операции. Сбор данных проходил через вопросники. Данные литературы свидетельствуют о том, что индивидуальные способности пациентов выполнять оптимальный выбор поставщика определяются их грамотностью в вопросах здоровья, собственными возможностями и доверием к их лечащему врачу. Эти данные оценивали по проверенным шкалам измерений. Кроме того, были собраны данные о степени совместного принятия решений с врачом-специалистом перед операцией, самовнушении о состоянии здоровья и вариантах лечения, например, продолжительности пребывания в стационаре или хронических заболеваниях. В отличие от нескольких дру-

гих исследований, которые анализируют сожаление о выборе больницы, судя по одному элементу, это исследование использует шкалу из нескольких элементов, утвержденную Брехаттом и другими (2003). С помощью многократного линейного регрессионного анализа, модель протестировала переменные, связанные с пациентом, чтобы объяснить сожаление о выборе больницы.

205 респондентов заполнили вопросник по поводу собственного обследования (122 женщины, 83 мужчин). Выборка охватывала адекватный диапазон возраста ( $M = 38,89$ ,  $SD = 16,886$ ) и медицинские показания (операции колен, бедер и плеч). Выявление сожалений, как было установлено, отличалось высокой надежностью (5 единиц;  $\alpha = 0,924$ ). В целом, пациенты обычно не показывали высокий уровень сожаления об их выборе. Многократная регрессионная модель предсказывала сожаление о выборе больницы, учитывая индивидуальную грамотность в вопросах здоровья, имеющиеся возможности, доверие к лечащему врачу, степень совместно принятых решений и его состояние здоровья. Эти переменные статистически предсказали сожаление,  $R^2 = 0,383$ ,  $F(5, 198) = 24,531$ ,  $p < 0,0005$ . Помимо медицинской грамотности, которая не отражалась в модели, все остальные переменные добавили значительно к предсказанию (доверие:  $\beta = -0,431$ ,  $p < 0,000$ ; состояние здоровья:  $\beta = -0,228$ ,  $p < 0,000$ ; совместное принятие решений:  $\beta = -0,158$ ,  $p < 0,020$ ; возможности пациентов:  $\beta = -0,154$ ,  $p < 0,007$ ).

Предложенная модель показывает, что межличностные отношения или переменные процесса, такие, как доверие или состояние здоровья, оказывают наибольшее влияние на сожаление о выборе, чем от-

дельные возможности пациентов. Для того, чтобы избежать сожаления о выборе медицинского учреждения, руководители больниц должны убедиться, что их собственные специалисты или лечащие врачи относятся к пациентам уважительно, дают достоверную информацию, ориентируют перед плановой операцией. Руководству больниц необходимо уделять больше внимания этим рычагам в дополнение к уже установленной практике руководства, такой, как управление качеством процесса. Это исследование подчеркивает необходимость тщательного

и целенаправленного руководства над внутренним штатом сотрудников и внешнего сотрудничества с партнерами во избежание негативных эмоций пациентов. Поступая таким образом, руководство больницы может смягчить дальнейшие последствия, как, например, негативные отклики, передаваемые из уст в уста. Обучение и информирование пациентов об их выборе является первостепенным, но более важным для долгосрочного удержания пациентов является стратегическое управление сетью медицинских специалистов.

**Гульельмо Пасилео**

**Валерия Тоцци**

**Вердиана Морандо**

*Университет Боккони, Милан, Италия*

## К ВОПРОСУ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ИТАЛИИ: РОЛЬ НА СЕГОДНЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

За последние тридцать лет в Италии психиатрическая служба пережила глубокие изменения. В 1978 году был принят Закон, который способствовал отмене психиатрических больниц и созданию органов обслуживания с ограниченным числом мест. В девяностых годах на базе местных медицинских учреждений (ММУ) в целях улучшения амбулаторных психиатрических служб были созданы отделения психического здоровья (ОПЗ). Они всегда были изолированы от управлений ММУ. Таким образом, сегодня ОПЗ представляются собой высоко неоднородными в части предоставляемых услуг, неоднородно обеспеченными и разноуправляемыми в сетевом отношении со своими частными поставщиками и другими специалистами.

Проект исследования нацелен на анализ: во-первых, выяснения основных функций ОПЗ; во-вторых, в какой степени местные и региональные организации здравоохранения влияют на формирование ОПЗ. Исследование состоит из двух фаз. Было проведено базовое исследование в виде сбора информации о политике и организационном развитии ОПЗ на региональном и местном уровне, основываясь на законодательстве и другой литературе. Затем, был запущен общенациональный опрос включающий все ОПЗ. Анкеты, представленные директорам ОПЗ, были сосредоточены на организационных моментах, основных функциях и предоставляемых услугах, а также включены некоторые вопросы, для определения административного отношения с ММУ, которым они принадлежат

и региональной системы здравоохранения в целом. Наконец, были включены вопросы по поводу местной экономики здравоохранения с целью, оценить роль частных поставщиков и поставщиков третьего сектора на рынке психического здоровья.

Базовое исследование доказывает сложный сценарий ОПЗ в Италии, с высокой разнородностью между ОПЗ, даже в одном и том же регионе. Министерство предпринимает действия по охране психического здоровья и в 2013 году стремилось перевести, по крайней мере, ряд приоритетных действий и услуг на гарантированные, а также способствовало необходимости разработки клинических руководств в рамках местных систем здравоохранения. Такая ситуация на сегодняшний день. Некоторые регионы самостоятельно стремились к реорганизации ОПЗ, имитируя другие секторы здравоохранения. Но ситуация с психической службой в Италии имеет две отличительные черты: зависимость от деинституционализации движения семидесятых годов (общая психиатрическая тенденция), что отмечается частью профессионального сообщества, в то время, как оно ограничило свою роль в политике здравоохранения и в развитии менеджмента; и сильная зависимость от местной экономики здравоохранения. Последнее

создает больше неоднородности ОПЗ, чем политика и организационные варианты региональных систем здравоохранения.

Ценность исследования основывается на своей первой попытке справиться с гетерогенной ситуации ОПЗ на национальном уровне. Проведенный опрос предоставляет некоторые полезные советы по решению политических дебатов на региональном уровне и на ММУ, вокруг стратегий по включению ОПЗ в систему здравоохранения и социального обеспечения. Все же, это ставит ключевые вопросы для присоединения к дискуссии психиатрического профессионального сообщества. Вопрос управления психиатрической службой приобретает все большую актуальность в политической жизни современного общества, и во всем мире имеется потребность в его глубоком понимании в зависимости от политических и управленческих перспектив. Число пациентов с психическими расстройствами неустанно возрастает из-за распространения психосоциальных и поведенческих отклонений, а также в последствии множественных длительных неблагоприятных условий и потребления наркотиков. Наконец, это вопрос этики, так как пациенты с нарушенным психическим здоровьем часто относятся к наиболее уязвимому слою населения.

Вильфрид фон Эйфф

Деннис Хакинг

СКМ - Центр больничного менеджмента, Мюнстер, Германия

## ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССОВ В ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПУТЕМ ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПУНКТАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ОПМП): ЛУЧШИЙ ПОКАЗАТЕЛЬНЫЙ ПРИМЕР В ГЕРМАНИИ

Число пациентов, поступивших в отделение скорой и неотложной медицинской помощи (ОСНМП), в последние годы увеличилось на 16% и поэтому в вопросе предоставления надлежащего ухода за пациентами оптимизация рабочих процессов играет важную роль. Однако, до сих пор, неизбежным компонентом диагностического процесса ОСНМП является отправка образцов для анализа во внешние центральные лаборатории. Ожидание результатов анализов иногда может занимать много времени и привести к задержкам в лечении, что является недопустимым в критических случаях. Разработанная концепция обследования в пунктах медицинской помощи (ОПМП) основана на эффективной лабораторной диагностике в непосредственной близости от пациента в ОСНМП.

Центр больничного менеджмента проводит исследование NAPOS. В этом исследовании время обработки клинически значимых лабораторных показателей сравнивалось в трех различных условиях: (1) ОСНМП с ОПМП; (2) Централизованная лаборатория в больнице; (3) лаборатория не на территории больницы (внешние лаборатории). В ОПМП была использована технология, которая измеряет кардиологические, коагуляционные и инфекционные показатели в одном образце. Не было необходимости затрачивать время на подготовку проб к анализу, поскольку процесс происходит автоматически. Следовательно, некоторые лабораторные показатели, такие как уровень тропонина или повышение D-димера определяются в

течение нескольких минут. Своевременные результаты помогают актуально решить вопрос о разновидности лечения пациента.

Для ОСНМП при реализации ОПМП происходит сокращение времени обследования пациентов с острым инфарктом миокарда на 40-60 минут и оптимизации использования больничных коек. ОПМП снижает риск перевода пациентов в отделение интенсивной терапии, где ежедневные затраты на койку составляет примерно 1000 и 1200 евро. Кроме того, пациенты получают возможность более раннего назначения целенаправленного индивидуального лечения; что является важным шагом в достижении лучшего результата.

Исследование NAPOS наглядно показывает, что технология ОПМП существенно улучшает врачебный контроль ОСНМП над процессом диагностики и облегчает планирование последующих действий. Время, затраченное на определение уровня тропонина в условиях ОПМП, сократилось на 13 минут и составило 34 минуты по сравнению с 40-60 минутами в условиях централизованной лаборатории.

Также в пользу использования ОПМП говорят и другие показатели, такие как натрийуретические пептиды (для уточнения этиологии одышки легочного или сердечного происхождения), тиреотропный гормон (критерии для решения использования определенных процедур), креатинин и Д-Димер.

Качество и эффективность скорой помощи напрямую зависит от своевременной лабораторной диагностики. Доля лаборатор-

ной медицины в диагностическом процессе, достигает 70%. В условиях использования ОПМП сокращается время обработки лабораторных данных, а также время на оказание интенсивной терапии и определение ее эффективности. Основной целью концепции ОПМП является оптимизация диагностического процесса и, как результат, обеспечение адекватной и своевременной терапии. Быстрая диагностика с использованием технологий ОПМП также помогает экономить расходы. Эффективная первичная диагностика помо-

гает уменьшить использование доступных, а порой ограниченных ресурсов. Своевременное ознакомление с результатами поможет избежать прохождения длительной процедуры КТ или МРТ, а также может оградить пациентов от направления в непрофильную палату или продолжительного пребывания в переполненном ОСНМП. Технологии ОПМП также обеспечивают параллельное определение нескольких параметров, что значительно увеличивает количество результатов в течение краткого периода.

### Федерика Моранди

*Католический университет Святого Сердца в Риме, Италия*

## ИНСТРУМЕНТЫ УПРАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ВЛИЯНИЕ НА КУЛЬТУРУ

Начиная с 90-х годов, итальянские организации здравоохранения реорганизованы Законом в клинические дирекции. Эта модель привела к значительным изменениям, как в организационной структуре, так и в управлении человеческими ресурсами (HRM). Инструменты HRM, в свою очередь, глубоко влияют не только на организацию работы специалистов, но также на основу новых культур, которые могут быть более или менее объективны, ориентированы на наблюдение или формирование. Целью данного исследования является получение доказательств о наиболее адаптированных инструментах управления человеческими ресурсами в рамках итальянских клинических дирекции, для того, чтобы понять, как их сочетание влияет на ориентацию культур.

Между 2008 и 2010 годами структурированная анкета была направлена 66 клиническим директорам, относящихся к 33 различным медицинским организациям итальянской национальной службы здравоохранения. По заказу Министерства здравоохранения

Италии проведенное исследование привело к важным результатам, касающимся конкретно развития клинических дирекций.

Около 50 вопросов анкеты были дополнительно изучены касательно развития инструментов человеческих ресурсов. К этим инструментам относятся «управление по целям», направленное на связывание индивидуальной работы с достижением конкретных целей; инструменты наблюдения, направленные на обеспечение контроля за деятельностью, а также расширение возможностей для обсуждения результатов работы с другими работниками и достижение общих решений; и, наконец, учебные пособия, направленные на развитие топ-компетенций у персонала и на адаптацию стандартных процедур. Наличие или отсутствие этих инструментов были переведены на общие оценки, чтобы оценить тенденцию развития клинических дирекций в вопросах разработки одного или нескольких из этих культур.

66 клинических дирекций изучили существующие разнородные функции, и только в редких случаях, в равной сте-



пени инвестировали во все три культуры. Существует общая тенденция принятия решения в пользу одного, за счет других. Кроме того, были сделаны интересные выводы о том, как эта тенденция зависит от других характеристик клинической дирекции, таких как, ее размера, ее состава, ее географического положения и типа организации здравоохранения, к которому она принадлежит.

Внедрение клинических дирекций в итальянскую систему здравоохранения резко изменило организацию работы, что произошло также после внедрения или разработки конкретных инструментов управления человеческими ресурсами. В настоящее время мало что известно о конкретной степени

адаптации этих инструментов в итальянских клинических дирекциях, и, следовательно, их фактическая ориентация к трем культурам анализируются. Это исследование дает важные понятия о том, как работа персонала организовывается и управляется в больницах, что имеет важное влияние не только на организованность, но и на удовлетворенность и мотивацию персонала. Очевидно, что описанные здесь три культуры имеют сильное влияние на благосостояние работников, что, в свою очередь, влияет на эффективность выполняемой ими работы и на удовлетворенность пациентов. В процессе дальнейшего исследования будут подробно изучаться вышеуказанные вопросы.

**Эрик Вун-Льонг Нг**

*Объединенная христианская больница, кафедра медицины и гериатрии, Гонконг*

## АМБУЛАТОРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ – УСПЕШНЫЙ ПЕРЕХОД ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ МОДЕЛЬ ЗАЛА ЗАСЕДАНИЯ ПРАВЛЕНИЯ ЧЕРЕЗ СОТРУДНИЧЕСТВО МЕЖДУ ВЕДУЩИМИ ВРАЧАМИ КЛИНИЦИСТАМИ И АДМИНИСТРАЦИЕЙ БОЛЬНИЦ

Дефицит больничных коек является серьезной проблемой для врачей и топ-менеджеров больницы. В 2006 году, несмотря на рост экстренной госпитализации, Департамент медицины и гериатрии Объединенной христианской больницы (ОХБ) столкнулся с сокращением стационарных коек в связи с реорганизацией услуг больницы. Для того чтобы справиться с проблемой, старшие клиницисты из отделений предложили топ-менеджерам больницы уменьшить госпитализацию путем перехода стационарной службы в амбулаторный режим оказания медицинской помощи. Был создан новый Объединенный центр амбулаторной медицинской помощи. Медицинские

процедуры и другие сложности многопрофильной медицинской больницы, могла быть оказана в амбулаторных условиях, с целью сократить или избежать стационарных коек.

Была проведена оценка эффективности оказания амбулаторной медицинской помощи путем анализа статистических данных использования больничных коек. Был проведен сравнительный анализ с другими медицинскими отделами в Гонконге со схожим объемом услуг и сложности. Данные о неотложной госпитализации, количестве стационарных медицинских коек, средней продолжительности пребывания, заполняемости и ежегодных койко-дней в стационаре с 2005 по 2012 годы были получены из

Исполнительной информационной системой лечебных учреждений в Гонконге. Были представлены описательные данные.

Был выявлен постоянный рост экстренной госпитализации во все рассматриваемые медицинские учреждения с 2005 по 2012 годы. В Объединенной христианской больнице годовое количество скорой медицинской госпитализации выросло с 24 162 в 2005 году до 29 182 в 2012 году. За тот же период, число стационарных коек сократилось с 531 до 464. Несмотря на эти изменения, заполняемость в стационаре была снижена с 91,9% до 90,5%. Параллельно с этим проводилось сокращение средней длительности пребывания стационарного больного с 5,4 дней до 3,8 дней. Общее количество койко-дней в стационарах было снижено с 185 669 в 2005 году до 150 967 в 2012 году. Для сравнения, сравнительные данные в среднем от шести других медицинских ведомств из больниц такого же размера и объема услуг в Гонконге показали различные тенденции в тот же самый период. Заполняемость и общее количество стационарных койко-дней продолжали расти в этих организациях, несмотря на увеличение численности медицинского персонала.

В условиях реформы здравоохранения финансирование и пространственные

ограничения из-за старения населения и технологического прогресса казались бы непреодолимой проблемой для больничного управления. Тем не менее, наблюдения ведущих врачей показали многообещающее решение путем перехода стационарного лечения в амбулаторную модель для снижения предотвратимой госпитализации. После серии непредвзятых обсуждений между врачами и топ-менеджерами больницы, включая отделение человеческих ресурсов, финансового персонала и руководящего персонала больницы, топ-менеджер согласился вложить первоначальные инвестиции в инфраструктуру для нового амбулаторного центра оказания медицинской помощи. Клиницисты затем перестроили сервис и представили различные пути амбулаторной помощи в несколько этапов. Успех этой инициативы зависит от точных наблюдений и анализа текущей ситуации, общей цели и четких руководящих принципов, тщательного планирования и содействия политике и, самое главное, доверительного партнерства между лидерами больницы и врачами. Амбулаторная медицинская помощь в больнице в Университете Колорады показала пример беспримысливости в лидерстве в области здравоохранения.

**Валентина Ясопино**

*Католический Университет Святого Сердца, Рим, Италия*

## РОЛЬ ТЕХНОЛОГИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА БАЗЕ БОЛЬНИЦ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕХНОЛОГИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ДАННЫЕ ПРОЕКТА «ADHOPHTA»

**П**роцесс принятия решений по внедрению технологий здравоохранения (ТЗ) - это тема, вызывающая наибольший интерес во всех современных системах здравоохранения. В частности, особый интерес представляет процесс взаимодействия в условиях стационара. Ученые изучали роль нескольких факторов, но о роли технологии здравоохранения на базе больниц в принятии решений совсем скудные знания. AdHOPHTA, проект ЕС, направленный на усиление использования технологий здравоохранения на базе больниц, работает над этим вопросом. Мы стремимся представить здесь предварительные результаты о процессе внедрения ТЗ в больницах.

Исследования с вопросами, допускающими лишь один ответ, проводились среди менеджеров больниц и докторов клиник в удобных европейских больницах с различными организационными функциями, в том числе, при присутствии группы оценки ТЗ или инициативных групп. 339 потенциальных респондентов из 122 больниц были приглашены к участию. Целью исследования было охарактеризовать процесс внедрения ТЗ в контексте больниц. Респондентам было предложено предоставить информацию о характеристиках больницы и процессе принятия технологий здравоохранения. В частности, им было предложено указать вовлеченных людей, участвующих в процессе принятия решений с самого начала до окончательного принятия решения о внедрении. Кроме того, просили определить и ранжировать соответствующие компетенции в процессе принятия решений.

Сто шестьдесят пять специалистов из 85 больниц приняли участие в опросе. 65% из них заявили, что деятельность ОТЗ (оценка технологий здравоохранения) или инициативных групп осуществляются в их больницах. Предварительные результаты показывают, что первое предложение о внедрении технологий исходит от врачей — 63% респондентов, независимо от характеристик и функций больниц. Окончательное решение принимается генеральным директором (62%) или другими членами правления, такими как главный врач (45%). Напротив, организационные особенности играют роль, когда компетенции в процессе принятия решений выявляются и классифицируются. В частности, размер больницы, а также наличие деятельности ОТЗ или инициативных групп влияет на разнообразие компетенций, вовлеченных в процесс и влияют на их относительную актуальность. В частности, в больницах с функциями ОТЗ, скорее всего рассмотрят и организационные вопросы, и технические. Общеизвестно, что существенным является влияние компетенции персонала.

Исследование дает полезную информацию для управляющих больницами и лиц, принимающих решения. Понимание факторов, влияющих на процесс принятия решений о внедрении ТЗ, могло бы помочь в разработке стратегий/мер по содействию в повышении компетенции в принятии окончательного решения. Технологии здравоохранения на базе больницы, действуя в качестве систематической оценки возможных технологических решений, может усилить участие всех заинтересованных сторон.

## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ ИННОВАЦИЯЛАР/ ИННОВАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Оспанов Б. Ж.**

**Эпиктетов А. Г.**

*ГКП на ПХВ «Станция скорой медицинской помощи» г. Алматы*

### ИННОВАЦИИ НА СЛУЖБЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ

**Аталуы:** Жедел медициналық жәрдем мекемесінде енгізілген инновация

**Авторлары:** **Б. Ж. Оспанов, А. Г. Эпиктетов;** *ЖШК ҚКК «Жедел медициналық жәрдем станциясы» Алматы қаласы*

**Түйіндеме:** Мақалада, Алматы қаласы бойынша жедел медициналық жәрдем станциясында пациенттердің жедел жәрдем шақырту кезінде коммуникаторды қолдану, GPS навигация, бригадаларды мониторда бақылау, дистанциялық ЭКГ қолдану, МИСС 03 бағдарламаларына өзгертулер енгізу, өзара келісе отырып емханалардың жұмыс уақытында созылмалы ауруларға біріншілік медико-санитарлық көмек көрсету сияқты жаңа инновациялық технология қолдану туралы жазылған

**Title:** Innovation in the ambulance service

**Authors:** **Ospanov B. G., Epiktetov A. G.;** *SCE on PVC «First Aid Station», Almaty*

**Abstract:** The article describes the work of the emergency of Almaty, the use of innovative technologies at the service of patients calling an ambulance, the use of PDAs, GPS navigation, monitoring teams, remote ECG, program change MISS 03

**Т**ермин инновация от латинского слова «novatio» означает обновление. Приставка «in» движение или направление. Это понятие еще в XIX веке ввел австрийский экономист Й. Шумпетер. Инновация – «Это не всякое новшество или нововведение, а только которое серьезно повышает эффективность действующей системы». Инновация – это внедренный процесс, обеспечивающий качественный рост деятельности «innovation» – в направлении изменений.

Как справедливо гласит народная мудрость, что театр начинается с вешалки, так и любое проявление нездоровья, изначально, предполагает тесное знакомство пациента со службой скорой помощи. Именно это, первое впечатление, как правило, наиболее верное, определяет дальнейшее отношение больного к отечественной медицине. Поэтому инновационные направления, касающиеся догоспитального этапа, должны рассматриваться, как наиболее приоритетные.

Алматы – крупнейший город в Казахстане с населением около полтора миллиона человек. Учитывая незарегистрированных приезжих, цифра эта значительно занижена. Территория мегаполиса занимает 518 кв. км. Количество обращений растет из года в год, достигнув к 2013 году до 700 000. Это почти на 150 тысяч больше, чем определено государственным заказом. В этих условиях вопрос качественных изменений в работе скорой помощи стоит наиболее остро.

Основная задача для скорой помощи – это минимизация времени прибытия к больным и пострадавшим. Для этого была создана интегрированная система управления деятельностью скорой. Система автоматической передачи данных между центральной диспетчерской и бригадой через карманный персональный компьютер (Коммуникатор). Кроме того, персонал бригады посредством коммуникатора получил возможность оперативно заносить результаты вызова прямо в

программу, минуя диспетчера. Это сократило обработку программы почти на 11 минут.

С прошлого года введена и интегрирована система авто позиционирования вызовов, мониторинг санитарного транспорта, позволяющая определять реальное местоположение бригады. В соответствии с этим появилась возможность использования ближайшей к точке вызова бригады, и исключить не целевое использование служебного автотранспорта. Нововведение позволило сэкономить ГСМ почти на 30%.

Сокращению времени прибытия к больному или пострадавшему в значительной мере способствуют системы спутниковой навигации, установленные на всех санитарных автомобилях. Выбор кратчайшего маршрута позволил сэкономить до 15% ГСМ.

Не менее важной задачей является и повышение качества оказываемой медицинской помощи. Если в недалеком прошлом на весь город насчитывалось не более 10 кардиологических бригад, то есть бригад, оснащенных портативным электрокардиографом и имеющим в своем составе врача, способного интерпретировать ЭКГ, то сейчас наличие соответствующей аппаратуры предусматривается на всех бригадах. Только в 2013 году было закуплено 24 электрокардиографа и 50 дефибрилляторов. С 2014 года врачебные и фельдшерские бригады стали оснащаться системами дистанционной регистрации и анализа ЭКГ. Безусловно, этот метод, исключая выезд к одному больному второй машины, для простой записи ЭКГ метод, позволяющий исключить перетранспортировки, в результате неуточненного диагноза, экономически выгоден. По данным главного врача ГКП на ПХВ «ССМП» Оспанова Б.Ж. экономия в год составит примерно 14 миллионов тенге.

Согласно приказу Министерства здравоохранения РК № 753 для улучшения оказываемых медицинских услуг и повышения эффективного использования кадровых ресурсов на базе станции скорой помощи был открыт симуляционный обучающий центр. Центр предназначен не только для повыше-

ния квалификации медицинского персонала скорой, но и для широких слоев немедицинских сообществ.

В целях продуктивного диалога с населением, проведения санитарно-просветительской деятельности в более широких масштабах, в 2013 году было принято решение о создании собственного пресс центра. Новый проект успешно развивается.

Нововведения коснулись и вопросов преемственности с другими лечебными учреждениями. Всем ЛПО и УЗ предоставлена возможность по интернету через web портал обращаться к базе данных скорой помощи в реальном режиме времени. Основываясь на полученной информации, любое ЛПО города может более конструктивно координировать свою работу с прикрепленным населением.

Не секрет, что 34 поликлиники г. Алматы по вполне объяснимым причинам не успевают контролировать своих хронических больных, вынуждая последних обращаться к службе 103. С этих позиций на основании договора от 10.06.2013 года в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Республики Казахстан № 13 от 08.01.2013 года тариф за один вызов бригады скорой помощи к больным, не нуждающимся в оказании экстренных медицинских мероприятий, составляет 1 195 тенге. На сегодняшний день, сумма, предъявленная к оплате, составляет уже 27.715.635 тенге. (23.196 вызовов) Оплачено пока 17.126.820 тенге (14.332 вызова).

Но наряду с победными маршами, мы не можем не заметить, что АСУ «Мисс 103», внедренная из российских программ, адаптированных к сибирским мегаполисам еще в 2000 году, не совсем соответствует Казахстанским реалиям. В частности алгоритмы программы не способны автоматически вычислить оптимальную бригаду для отправки к больным и пострадавшим той или иной категории.

В результате обозначается снижение профильности вызовов. Однако эти проблемы в ближайшем будущем будут решены кардинально.

## ОҚИҒАЛАР/СОБЫТИЯ

## В Казахстане определены имена «Лучших пациентов» 2014 года



*«Повышение лекарственной грамотности населения – вот, что является неотъемлемой частью солидарного отношения к своему здоровью».*

*Н.Назарбаев,  
«Социальная модернизация Казахстана:  
20 шагов к Обществу Всеобщего Труда»  
от 10 июля 2012 года*

**К**ак сохранить бодрость духа, вести активный образ жизни, правильно применять лекарства и помогать людям, дедушка Жават знает не понаслышке. В свои 89 лет он никогда серьезно не болел, и только в 74 года стал регулярно посещать врача, так как уверен, что профилактика болезней – лучший способ сохранения здоровья. Все местные жители Акмолинской области знают нашего героя по его делам и личному примеру. Габдулкафеев Жават является ректором Общества ветеранов Великой Отечественной войны, организовывает встречи, лекции, вечера отдыха. Соблюдая рекомендации врача и здоровый образ жизни, у него улучшаются с каждым годом все показатели здоровья. Разве это не пример для подражания? Он – лучший из лучших пациентов в стране!

Напомним, что ежегодно с 2013 года Министерством здравоохранения РК совместно с Лекарственным информационно-аналитическим центром проводится конкурс «Лучший пациент», основной целью которого является мотивировать население на солидарную ответственность за свое здоровье.

Претендентов на звание «Лучший пациент» выбирали по таким критериям, как регулярный осмотр врача, своевременные осмотр и обследование, правильное приме-

нение лекарственных средств, соблюдение режима питания и диеты, посещение профильных школ здоровья, отсутствие вредных привычек или отказ от вредных привычек с момента лечения, отсутствие осложнений заболевания в течение года, и конечно же, ответственное отношение к своему здоровью.

Победителем конкурса «Лучший пациент 2014» стал наш герой – Габдулкафеев Жават. Члены жюри единогласно присудили 89 летнему жителю Акмолинской области почетное 1-ое место.

*– Раньше мы все старались вести здоровый образ жизни, не переедали, – говорит он. Сейчас всем людям надо делать выводы. Я стараюсь совмещать труд физический с умственным, встаю рано, на месте не сижу, много двигаюсь. Лечащего врача посещаю не реже 1 раза в месяц, она встречает меня уже на пороге, и всегда приглашает на очередное занятие в школу здоровья.*

Почетное 2-ое место по праву присвоено жительнице г. Алматы – Шестаковой Генриэтте. Много лет назад врачи поставили ей страшный диагноз, но наша героиня, несмотря на сложное заболевание, всеми силами боролась за жизнь, что невозможно без усилий врачей и поддержки своей семьи. За все годы диспансерного наблюдения, со-

блюдая все рекомендации врачей, на протяжении 32 лет, не отмечались метастазы и рецидивы.

В своем немолодом возрасте, она ведет воспитательную и педагогическую деятельность, пропагандирует здоровый образ жизни, является активным членом Совета ветеранов и ей присвоено звание «Отличник просвещения». Своим примером она доказала обществу, что онкологическое заболевание – это не приговор, если есть желание выздороветь, желание жить, помогать внукам и есть сострадание и профессионализм людей в белых халатах.

Третьего места удостоилась Соловьева Тамара из Павлодарской области. В течение последних 3 лет у пациентки наблюдается положительная динамика, и это благодаря тому, что Тамара Владимировна придерживается принципов солидарной ответственности за свое здоровье и призывает всех своих сверстников вести здоровый образ жизни. Также, следует отметить, что пациентка участвует в сохранении здоровья путем самоменеджмента и является участником Программы управления хроническими заболеваниями.

*– Членам жюри было непросто сделать свой выбор, потому что каждый достоин этого звания, – комментирует член республиканского жюри конкурса, заместитель директора Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан Г. Кулкаева. Вот уже второй год мы участвуем в выборе лучших пациентов и поверьте, было очень нелегко определить победителей конкурса. Каждый из участников очень ответственно подходит к вопросам сохранения своего здоровья. Радует, что конкурсанты регулярно проходят необходимые обследования, своевременно посещают лечащего врача, ведут здоровый образ жизни, и, самое*

*главное, имеют позитивный настрой и ответственность не только за свое здоровье, но и здоровье окружающих их людей. Чтобы как-то мотивировать и других участников, впервые членами жюри было принято решение о поощрении не менее достойных пациентов из Кызылординской, Костанайской и Западно-Казахстанской областей в номинации: «Я – в ответе за свое здоровье!».*

Церемония награждения «Лучшего пациента» Ж. Габдулкафеева состоялась во Дворце мира и Согласия г. Астаны на торжественном мероприятии, посвященном Дню медицинского работника. Наряду с лучшими врачами, провизорами, менеджерами, наш победитель в парадном костюме, с чувством радости и гордости, получил почетную грамоту Министра здравоохранения РК С.Каирбековой и ценный приз от депутата Мажилиса Парламента РК Н.Петуховой.

Мы в свою очередь, поздравляем наших победителей, и надеемся, что ответственные к своему здоровью люди, станут примером для всех казахстанцев, образцом бережного отношения к своему здоровью.

Лекарственный информационно-аналитический центр не только предоставляет населению информацию о правильном применении лекарственных средств, возможных побочных действиях и эффективности препаратов, но и проводит различные мероприятия для формирования ответственного отношения к своему здоровью.

Узнайте о своих правах на лекарственное обеспечение в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по единой бесплатной телефонной линии для населения Call-службы ЛИАЦ – **8 800 080 88 87** (звонок по Казахстану бесплатный), задайте свои вопросы на официальном сайте ЛИАЦ – **www.druginfo.kz**.

**Мы созданы, чтобы помочь Вам!**

**Лекарственный информационно-аналитический центр  
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития  
здравоохранения» МЗ РК**



## Итоги республиканского конкурса «Лучший менеджер» 2014 года

**В** Казахстане прошел республиканский конкурс, приуроченный к празднованию Дня медицинского работника - «Лучший по профессии» в номинации «Лучший менеджер здравоохранения».

Данный конкурс проводится в республике четвертый раз и способствует повышению престижа профессии менеджера здравоохранения, совершенствованию профессионального мастерства, инициативы и развития творческого потенциала.

Конкурс, направленный на определение лучших менеджеров здравоохранения страны, был объявлен в мае текущего года. Его участниками стали менеджеры – руководители лечебных учреждений со всех уголков Казахстана без возрастных ограничений. В Астану приехали лучшие из лучших, которых определяли по десяти показателям. Так, например, участники должны были добиться снижения смертности в своем медицинском учреждении, уменьшения уровня госпитализации, внедрения современных технологий и т.д. Конкурс проводился в два тура: в 1-ом туре участники отбирались на уровне области, во 2-ом – ими были представлены отчеты о проделанной работе с демонстрацией видеоролика и выполнением домашнего задания.

Специально созданная комиссия, состав которой вошли представители неправительственной организации, объективно оценили представленные материалы и при собеседовании конкурсантов выбрала победителя.

По итогам конкурса победителем был признан Жантурганов Максат Аскерович –

главный врач ГКП на ПХВ «Городская больница №2» г.Астана, которому будет вручен Диплом и ценный подарок.

**Максат Жантурганов:** *«Проведение такого конкурса дает нам возможность в целом показать работу медицинских организаций в оказании качественной, эффективной и современной медицинской помощи населению. Развитие менеджмента в здравоохранении позволяет улучшить финансовое положение, качество управления запасами и ресурсами в организациях здравоохранения, внедрить современные методы мотивации персонала.»*

*Менеджмент – это наука об управлении, целью которой является повышение эффективности производства и получение прибыли. Тесное сотрудничество с ведущими иностранными клиниками позволяет нам применять новейшие технологии в работе медицинской организации.»*

*В настоящее время наша больница проводит до 1500 процедур ангиопластики и стентирования коронарных и магистральных артерий и около 400 операций на открытом сердце в год, с госпитальной летальностью сравнимой с европейскими клиниками.*

*Все проводимые новаторства в нашей больнице реализуются благодаря государственной поддержке и стратегии развития здравоохранения.*

Участники конкурса приняли участие в торжественном мероприятии, посвященном Дню медработника, которое состоялось 13 июня во дворце Мира и Согласия.





## *IV международная конференция «Повышение потенциала системы здравоохранения в области менеджмента»*

**В** четвертом квартале 2014 года планируется проведение IV ежегодной международной конференции «Повышение потенциала системы здравоохранения в области менеджмента».

Цель проведения конференции является обмен передовым опытом и знаниями в области менеджмента здравоохранения, а также выработка единых подходов к повышению потенциала системы здравоохранения в области менеджмента.

Данная конференция ежегодно затрагивает актуальнейшие вопросы развития системы здравоохранения Республики Казахстан на современном этапе, в частности, такие как: инструменты внедрения новой модели финансирования здравоохранения, принципы планирования и бюджетирования амбулаторно-поликлинических организаций и стационаров, ресурсосбережение, стратегия повышения автономии поставщиков, государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения, социально-ориентированная модель организации первичной медико-санитарной помощи, страхование профессиональной ответственности медицинских работников, внедрение международных стандартов менеджмента в организации здравоохранения для обеспечения безопасности и качества медицинских услуг, роль

стандартизации, аккредитации в повышении эффективности работы медицинской организации, дифференцированная оплата труда, развитие электронного здравоохранения.

В этом году планируется участие топ менеджеров медицинских организаций, территориальных управлений здравоохранения, Министерства здравоохранения Республики Казахстан, профессоров местных и зарубежных факультетов управления здравоохранения, представителей неправительственных медицинских организаций в целом, более 350 человек.

В рамках конференции планируется проведение выставки технологий, новых разработок и достижений зарубежной и отечественной медицины.

Надеемся, что полученные результаты будут полезны всем участникам и, в первую очередь, менеджерам системы здравоохранения, а предложенные рекомендации действительно найдут своё применение в практической деятельности.

По вопросам спонсорства или коммерческого сотрудничества просим обращаться по телефонам в г. Астана: **8 (7172) 476 201, 700 950 (1105)**, **E-mail: imzrk@bk.ru**, подробная информация на сайте **hmc.rcrz.kz**. Желаю всем участникам конференции плодотворной работы и успехов!

A large rectangular area of the page is filled with 35 horizontal lines, intended for taking notes.